Psycho-educatie

bij problematisch middelengebruik *voor familieleden*

Draaiboek voor hulpverleners

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
Tel.: 02/423.03.33 - Fax: 02/423.03.34
Email: vad@vad.be / website: http://www.vad.be
0424.327.587

Woord vooraf

Psycho-educatie heeft als doel cliënten en cliëntsystemen (familieleden en andere dichtbetrokkenen) te informeren over de problematiek waarvoor een behandeling werd gestart en de courante behandelingsaanpak voor die problematiek.

Dit draaiboek voor hulpverleners spitst zich toe op het informeren van familieleden en andere dichtbetrokkenen die nauw samenleven met iemand die problematisch omgaat met middelengebruik. Het draaiboek is in eerste instantie bedoeld voor informatiemomenten tijdens de begeleiding/behandeling van de cliënt. Maar de aangereikte informatie en methodieken zijn eveneens nuttig voor dichtbetrokkenen van gebruikers die (nog) niet of niet meer in begeleiding/behandeling zijn.

Het draaiboek vormt een tweeluik met het draaiboek 'Psycho-educatie bij problematisch middelengebruik voor cliënten', dat in 2003 proefdraaide en intussen is gefinaliseerd.

Hoewel heel wat informatie uit dit eerste draaiboek ook zinvol kan zijn voor familieleden en andere dichtbetrokkenen, richten wij ons in dit draaiboek tot de specifieke situatie en posities van familieleden en dichtbetrokkenen.
Qua methodieken valt dit pakket heel wat lichter uit dan de versie voor cliënten omdat rekening gehouden werd met de specifieke context waarin de deelnemers zich bevinden. De informatiemomenten zullen naar frequentie beperkter zijn dan dat dit bij de cliënten het geval is en de deelnemers kennen mekaar in eerste instantie niet, zodat zorgzaam dient omgesprongen te worden met de aard en de keuze van de methodieken.

Net als de versie voor cliënten is ook deze uitgave opgevat als een *plukboek* met ruime bewegingsvrijheid voor de begeleider. Het aangereikte materiaal is *inspirerend* bedoeld en geenszins exhaustief. Het is vooral bedoeld om de begeleider op weg te zetten.

De huidige uitgave is de definitieve versie die weinig verschilt met de pilootversie. De opsplitsing in de vier hoofdthema's blijkt duidelijk de relevantste thema's voor belangrijke derden te belichamen. Het systeem van de bijlagen met achtergrondinformatie blijkt aan te slaan. Deelnemers zijn er dankbaar om en voor de begeleiders is het een werkbaar middel om te toetsen of de info goed is begrepen of om uitwisseling op gang te brengen. De richtlijnen voor begeleiders blijken erg volledig, overzichtelijk en goed onderbouwd te zijn. Naast een aantal kleine herwerkingen of aanvullingen hier en daar, hebben wij dan ook de oorspronkelijke inhoud en structuur van het draaiboek behouden.

Alvast heel veel plezier ermee!

Nadine Roose
Stafmedewerker Hulpverlening

Dit draaiboek kwam tot stand met de medewerking van:

CAD-Limburg Hasselt
Lieve Jordens (Werkgroep feedback, pilootfase)

CAT-Preventiehuis Gent
Elke Fontaine (Actieve werkgroep)
Thomas Van Reybroeck (Pilootfase)

CGG, NWVL, Vestigingsplaats Oostende
Veerle Deceuninck (Pilootfase)

Kliniek Sint Jozef Pittem
Van Tuyckom Karin en Annelien Jonkhere (Werkgroep feedback)

MSOC Oostende
Virginie De Smedt (Actieve werkgroep, pilootfase)

PC Dr Guislain – Campus St-Alfons Gent
Jurgen Magerman (Actieve werkgroep)

PC Sint-Camillus Sint-Denijs-Westrem
Veerle Vergucht (Actieve werkgroep)

PISAD Ronse
Luc Bellings (Pilootfase)

PK Broeders Alexianen Tienen
Claire Perednia en Isabel D'hont (Actieve werkgroep)
Kim Vos, PK Broeders Alexianen Tienen (Werkgroep feedback)

PZ Heilig Hart- De Wending Ieper
Jurgen Vandamme, (Actieve werkgroep)

PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge
Rudy Peeters en Vickey Veys (Werkgroep feedback)

PZ Sancta Maria Sint-Truiden
Ronny Vandermeeren (Pilootfase)

Vzw De Kiem Oosterzele
Hilde Tatrai (Werkgroep feedback)

Vzw Kompas Kortrijk
Jan Theuwen (Werkgroep feedback)

Inhoudstafel

Richtlijnen voor begeleiders

1. INFORMATIE OVER HET DRAAIBOEK

1.1. Begrippenkader

Wat verstaan wij onder 'psycho-educatie'?
Het begrip psycho-educatie bakenen we op dezelfde manier af als in het draaiboek psycho-educatie voor cliënten, namelijk met de beperking tot het louter inspelen op kennisniveau en dus het zuiver ***informeren***.
De doelstellingen zijn eveneens ***kennis en inzicht*** verwerven in de problematiek van problematisch middelengebruik en behandelingsaspecten ervan, opdat zij (vanuit de positie van dichtsbetrokkene) beter met de problematiek en de 'herstelfase' zouden kunnen omgaan (zowel naar de cliënt toe als voor zichzelf).
Ook hier is het belangrijk dat familieleden ***'taal'*** aangereikt krijgen om over (nog niet eerder uitgesproken) zaken te praten.

Wat verstaan wij onder 'familieleden'?
Hoe ruim zien wij het doelpubliek?
'Familieleden' van cliënten die (al dan niet) in begeleiding/behandeling zijn voor problematisch middelengebruik zien wij als de ***verzamelnaam*** van meerdere subdoelgroepen, namelijk: ouders, partners, broers/zussen, kinderen en andere relevante ***steunfiguren*** (vrienden, buur, werkgever,...).
We houden hierbij de minimumleeftijd op 16 jaar omdat werken met jongere kinderen een te specifieke aanpak vergt. Hiervoor is reeds specifiek materiaal voorzien (zie 'Gezinnen onder invloed, invloedrijke gezinnen').
We houden tevens rekening met de specifieke posities en noden van de verschillende subdoelgroepen. Om mogelijke rolverwarring te vermijden, wordt de informatie waar nodig, opgesplitst.

<u>Overlap en differentiëring met andere initiatieven voor familieleden</u>
Wij gaan ervan uit dat psycho-educatieve momenten voor familieleden zowel in een individuele als in een groepsbenadering kan uitgevoerd worden, en dit in gelijk welke soort van hulpverleningsvoorziening. Het aanbod in een groepscontext leunt op het eerste gezicht sterk aan bij reeds bestaande initiatieven voor familieleden. Er kan overlap zijn, maar er zijn ook duidelijke verschillen.

- *Werken met oudergroepen (VAD–werkgroep consult, Mia De Bock, tel 02/423.03.52):*
  - de doelstellingen zijn daar veel ruimer en therapeutischer van aard: niet alleen informeren, ook inspelen op beleving en vaardigheden ; informeren vormt dus slechts een onderdeel; onze informatie kan dus op dit vlak bruikbaar zijn; sommige methodieken zijn uit dit aanbod evenwel overgenomen en aangepast aan de specifieke doelstelling van psycho-educatie.
  - subdoelgroep: beperkt tot enkel ouders
  - begeleiding/behandeling: ouders wiens kinderen al dan niet in begeleiding/behandeling zijn

- *Werken met kinderen (kinderen en adolescenten) uit gezinnen met alcoholproblemen – KOAP (info bij VAD, Gilles Geeraerts, tel 02/422.03.03):*
    - de doelstellingen zijn ruimer dan informeren: ook het aanleren van attitude en vaardigheden
    - subdoelgroep: kinderen en tieners van gebruikers (alcohol)
    - begeleiding/behandeling: kinderen wiens ouder(s) effectief in begeleiding, behandeling is/zijn

Wat verstaan we onder problematisch middelengebruik?

Middelengebruik en het eventueel problematisch karakter ervan, is een multifactorieel gegeven (bio-psycho-sociaal) dat bepaald wordt door een samenspel van gebruikers-, product- en omgevingsfactoren. Dé alcohol- of druggebruiker bestaat dus niet.
Toch worden er allerlei termen en definities gehanteerd om het gebruik en problematisch gebruik van alcohol, psycho-actieve medicatie en illegale drugs te omschrijven. De invalshoek van waaruit men dit bekijkt (medisch, sociologisch, enz.) bepaalt in hoge mate voor welke termen men kiest.

De termen 'verslaving', 'misbruik', 'afhankelijkheid', 'alcoholisme' leggen de nadruk op de fysiologische en psychische problemen die voortvloeien uit het gebruik van middelen.
Zo wordt de term *alcoholisme* steeds minder gebruikt omdat het te veel doet denken aan het (te enge) begrip ziekte.
Op voorstel van de Wereldgezondheidsorganisatie hanteert men sinds 1977 de begrippen 'afhankelijkheid' en 'alcohol- en druggerelateerde' problematiek.
Van *afhankelijkheid* spreekt men als de gebruiker meer of minder moeite heeft om het gebruik te staken en dit leidt tot onaangepast gebruik, stoornissen en problemen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen *lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid*: in het eerste geval is het lichaam dermate aangepast aan de stof dat stoppen met het product altijd gepaard gaat met ontwenningsverschijnselen. Ook heeft de gebruiker steeds meer van het middel nodig om hetzelfde effect te verkrijgen (tolerantie) en is stoppen erg moeilijk als men begonnen is (controleverlies). Bij geestelijke afhankelijkheid kan de gebruiker zonder het middel niet goed meer functioneren. Sommige drugs kunnen geestelijke, maar geen lichamelijke afhankelijkheid veroorzaken (bv. cannabis) terwijl bij alcoholgebruik zowel geestelijke als lichamelijke afhankelijkheid kan optreden.
De term *alcohol- en druggerelateerde problematiek* verwijst naar middelengebruik dat de persoon in fysiek, sociaal en materieel opzicht belast. Dit kan leiden tot lichamelijke ziekten, sociale ontwrichting en materiële achteruitgang.

In veel van bovenstaande termen wordt het gebruik van een middel geschetst als een *proces in de tijd* dat uiteindelijk leidt tot afhankelijkheid zij het voor een beperkte(re) groep. We kunnen dit het best illustreren met een piramide: hoe ernstiger de fase waarnaar men geëvolueerd is, hoe kleiner het aantal personen dat in die fase zit. Het aantal mensen dat experimenteert, is het grootst en vormt de basis van de piramide. Niet iedereen blijft gebruiken en zeker niet op regelmatige basis, dus het aantal neemt af. De groep die excessief gaat gebruiken, is nog kleiner. De kleinste groep die de top van de piramide vormt zijn de mensen die naar een afhankelijkheidsprobleem (de 'eindfase') geëvolueerd zijn. Deze groep is het best gekend in de categoriale alcohol- en drughulpverlening. Gebruikers kunnen echter in elke fase van gebruik in het hulpverleningslandschap terecht komen.

Voorgaande wil ook niet zeggen dat elk problematisch gebruik automatisch leidt tot afhankelijkheid en hulpverlening.
Soms gaat het om *occasioneel* gebruik *op de verkeerde plaats of op het verkeerde tijdstip*: bijvoorbeeld de werknemer die tijdens de lunch te veel drinkt en daardoor niet meer goed

functioneert, of de autobestuurder met een hoger alcoholgehalte dan toegestaan. We kunnen ook te maken hebben met een product dat enkel omwille van het illegaal karakter problemen geeft (bijvoorbeeld een stabiele jongere die een joint rookt) of slechts bij een klein aantal mensen bij éénmalig gebruik reeds problematische gevolgen geeft (ongekende samenstelling.

Daarom vinden wij de indeling problematisch – niet problematisch gebruik de meest werkbare. Onder de meer algemene benoeming 'problematisch middelengebruik' zitten veel gradaties en variaties vervat, wat bij het informeren van cliënten minder stigmatiserend werkt.

Taalgebruik bij psycho-educatieve interventies

Consequent en neutraal taalgebruik begint bij onszelf.

- *Problematisch middelengebruik'*: In het draaiboek hebben wij termen zoals 'verslaving', 'verslaafde' zo veel mogelijk vervangen door het ruimere en minder stigmatiserende begrip *'problematisch middelengebruik'*.
  Enkel wanneer er een specifiek stadium zoals bijvoorbeeld 'afhankelijkheid' wordt bedoeld, wordt deze als dusdanig benoemd.
  Op vlak van literatuurgegevens is dat uiteraard niet altijd mogelijk en verwachten wij van de lezer een kritische inschatting van de gehanteerde begrippen.

Verder kozen we voor de volgende begrippen:

- *Psychoactieve medicatie'* omdat de globale term 'medicatie' te veel andere categorieën van producten inhouden die in het kader van middelengebruik niet van toepassing zijn.
- Onder *'Illegale drugs'* verstaan we ook nog altijd cannabis. Het bezit van cannabis blijft immers, ook bij de nieuwe drugwet van 2 juni 2003, nog steeds verboden!
- Met *'gecontroleerd gebruik'* bedoelen we gebruik volgens met een therapeut vooraf vastgelegde afspraken. In sommige voorzieningen kan dit een behandeldoel zijn, zoals totale abstinentie of harm-reduction behandeldoelen zijn. Omdat in de meeste settings totale abstinentie wordt nagestreefd, vermelden we dit woord als standaard en plaatsen we de andere mogelijkheden tussen haakjes. We doen dit louter om de tekst leesbaar te houden. Maar ook hier geldt het principe van een 'plukboek' waarbij iedere begeleider voor zichzelf het relevante eruit haalt.
- We vernoemen steeds het duo-begrip *'begeleiding / behandeling'* omdat de nuances in de voorzieningen te groot zijn om er slechts één begrip van te weerhouden.
- *'Herstelfase'* wordt in dit draaiboek breder geïnterpreteerd dan louter vanuit het denkkader van het ziektemodel. We plaatsen het in een ruimere visie van een gedragsveranderings-proces.

Het begrippenkader dat wij in dit draaiboek hanteren is indicatief maar uiteraard niet verplichtend. Belangrijk is wel dat binnen het volledige team hetzelfde begrippenkader wordt gebruikt naar de cliënt en de familie toe, om onnodige verwarring te vermijden. Hiervoor zijn teamoverleg en consensus nodig.

1.2. Opzet

Situering van psycho-educatie voor familieleden in de begeleiding/behandeling van de druggebruikende cliënt

We gaan ervan uit dat niet alleen het aanbieden van informatie aan de cliënt over zijn 'ziektebeeld' of 'problematiek' maar ook aan de familieleden en andere dichtbetrokkenen en steunfiguren, het therapeutisch proces mee kan *ondersteunen*.
Psycho-educatie aan familieleden kan een *positieve bijdrage* leveren aan het veranderingsproces van de cliënt.
Door de *objectieve feitelijkheden* in de kijker te plaatsen wordt de problematiek en de veruitwendigheden ervan aan de kant van de cliënt beter begrepen.
Maar ook de kennis die wordt opgedaan over de typische reactiepatronen, het eigen functioneren en de eigen bijdrage in de problematiek en het veranderingsproces, kunnen het eigen gedrag en de reacties naar de gebruiker toe op een gunstige manier beïnvloeden.
Naast het hoofddoel van kennisverruiming zijn erkenning krijgen voor hun situatie, verlichten van schuld- en schaamtegevoel, afname van gevoelens van isolement (door het contact met andere lotgenoten), leren van elkaars ervaringen en reactiewijzen (gemeenschappelijke ervaringen, verschillende reactiewijzen,...) welkome neveneffecten.

Psycho-educatie voor familieleden moet in een *veilige sfeer* kunnen verlopen. Een 'cursus' of 'les' kan dit bieden. Evengoed kunnen echter ook informatiemomenten tijdens een begeleidingssessie (individueel of in groep) ingelast worden als een afgebakend onderdeel. Een veilige sfeer is daar normaal gezien dan al aanwezig.
We kiezen bewust voor de weg van de *minste weerstand* omdat dergelijke strategie de meeste kans maakt dat de aangebrachte info wordt opgenomen en blijft hangen.

De psycho-educatieve momenten zoals wij ze in dit draaiboek bedoelen, mogen dus niet opgevat worden als een therapeutische bezigheid. Er wordt niet 'gegraven' in het eigen verleden, er wordt geen moment van bezinning of inkeer gevraagd, en er worden geen persoonlijke analyses gemaakt. Uiteraard kan het vernemen en verwerken van informatie, door de persoonlijke betekenis die eraan gegeven wordt, bij de deelnemers emotionele gevoelens en reacties opwekken. Deze dienen in ieder geval bevraagd te worden (op het einde van de psycho-educatieve sessie) zodat mensen hierin erkend worden. Zorg steeds voor persoonlijke opvang nadien, indien nodig.

Niets belet de begeleider die een psycho-educatieve activiteit uitvoert echter, buiten de context van deze activiteit, met de aangebrachte en opgenomen kennis en ervaringen ervan *therapeutisch* aan de slag te gaan.
Psycho-educatieve aktiviteiten voor familieleden kunnen een collectieve opstap betekenen naar een eventueel meer cliëntgerichte ondersteuning, zoals bijvoorbeeld een persoonlijk gesprek met de begeleiding, een steunfigurengesprek individueel of in groep, een partner- of gezinstherapie.
Evenwel op voorwaarde dat deze begeleider er het mandaat voor heeft en het familielid hierin toestemt. De therapeutische aanpak van deze 'vervolggesprekken' liggen buiten de opzet van dit draaiboek.

Verder lijkt het ons ook niet verkeerd specifieke instellingsinformatie aan momenten van psycho-educatie te koppelen. Deze 'overlap' kan inhoudelijk zijn, bijvoorbeeld bij wijze van

illustratie, of organisatorisch bijvoorbeeld als onderdeel van een 'lessenreeks'. Maar als doel op zich vinden wij echter niet dat instellingsinformatie onder psycho-educatie valt. In dit draaiboek zijn hiervoor dan ook geen methodieken uitgewerkt.

Doelstellingen van het draaiboek

Dit draaiboek wil een *didactische ondersteuning* bieden voor wie psycho-educatieve momenten aan familieleden wil aanbieden.
Het wil de eerste aanzet geven om met psycho-educatie te beginnen en is op te vatten als een *basis*document. De meest belangrijke thema's zitten erin vervat en zijn bruikbaar voor een zo gevarieerd mogelijk doelpubliek (zie verder).
De aangegeven methodieken zijn hierbij slechts voorbeelden van hoe het kan. Iedere methodiek is vatbaar voor allerhande aanpassingen afhankelijk van de werkervaring, de didactische bedrevenheden en de persoonlijke wensen van de begeleider enerzijds en van de noden van de deelnemersgroep anderzijds. Bij de betrachting zo veel mogelijk te 'informeren op maat' zullen dus nog specifieke aanpassingen gedaan dienen te worden. Het materiaal is op vlak van leeftijd en intelligentieniveau min of meer uitgewerkt voor de 'gemiddelde' cliënt. Voor jongeren of minderbegaafden / lagergeschoolden zal de begeleider bijvoorbeeld nog meer moeten visualiseren of het tekstmateriaal moeten hertalen naar een begrijpelijker taalniveau.

Doelgroep

De intermediaire doelgroep voor het gebruik van het draaiboek zijn hulpverleners die werken met familieleden van problematische gebruikers van alcohol, psychofarmaca, en/of illegale drugproblemen en binnen hun werksetting het mandaat gekregen hebben om aan familieleden, hetzij individueel, hetzij in groep, psycho-educatie te geven. De familieleden zijn de eindontvangers.
We zien de doelgroep van hulpverleners zeer ruim. Wij willen ons met dit draaiboek richten tot hulpverleners uit alle mogelijke werksoorten: zowel ambulante als residentiële, zowel laagdrempelige als hoogdrempelige, en al dan niet (alcohol-en/of drug)gespecialiseerd. Ook op het vlak van behandeldoel (totale abstinentie, gecontroleerd gebruik, harm-reduction) zij er geen uitsluitingen.
Van de begeleiders wordt *geen expertenkennis* verwacht met betrekking tot de problematiek of de doelgroep. De aan de deelnemers aan te bieden informatie is zeer basaal en beperkt gehouden tot het meest essentiële.
Een *minimum aan werkervaring met deze doelgroep* is evenwel aangewezen, zeker als men groepssessies wil aanbieden omwille van de bijkomende dynamiek die het aanbrengen van sommige thema's kan teweegbrengen.

Een 'plukboek'

Ondanks de diversiteit van de werksettings en de doelgroep wil het draaiboek toch aan zoveel mogelijk behoeftes voldoen door, afhankelijk van de noden en de gewenste accenten die men wil leggen, een ruime keuze aan topics te laten.
Net zoals in het draaiboek voor psycho-educatie aan cliënten vindt u dus geen kant-en-klaar cursuspakket met een vooropgesteld aantal sessies en vastgelegde thema's. Bedoeling is dat iedere begeleider zelf zijn programma-aanbod uitbouwt en nog verder aanpast in functie van een optimale afstemming met zijn deelnemersgroep.

Visie op leren

Bij de uitwerking en/of selectie van methodieken hebben we ons gebaseerd op een persoonsgericht model van leren. We gaan er van uit dat ook de familie van een problematische middelengebruiker een primaire *verantwoordelijkheid over zijn eigen leerproces* heeft. We zien leren als een persoonlijk, individueel proces dat je niet kan doen in iemand anders plaats. De begeleider beschouwt de deelnemers als 'kennisdragers' en toont bereidheid naar hen te luisteren. Hij toont respect voor hun persoon en levensgeschiedenis en spelt hen geenszins de les.
Leren van elkaar, zowel de deelnemers onderling van elkaar als van de begeleider en de begeleider van hen, dient een centraal uitgangspunt te zijn.

1.3. Opbouw

Thema's

Het draaiboek is opgebouwd rond vier hoofdthema's.
Thema 1: Wat moet ik weten over problematisch middelengebruik?
Thema 2: De impact van een gebruikend familielid op mezelf en mijn gezin
Thema 3: Mijn bijdrage in het veranderingsproces
Thema 4: Zorg voor mijzelf en mijn gezin

Ieder hoofdthema omvat een aantal deelthema's waarbinnen verschillende topics uitgewerkt zijn.
Voor elk deelthema motiveren wij kort waarom het belangrijk is/kan zijn om over dit thema te informeren. U vindt er de leerdoelen voor de deelnemers en een beschrijving van de methodieken.
De achtergrondinformatie die u als begeleider nodig heeft om uw sessie inhoudelijk te stofferen, vindt u achteraan in de vorm van bijlagen eveneens per deelthema terug.

Methodieken

Het gamma aan methodieken is beperkt gehouden.
Standaard wordt een ***uiteenzetting*** voorgesteld waarvan het formele versus intieme karakter afhangt van de grootte van de groep, de aard van de groep (een open of gesloten groep) en de frequentie van de informatiemomenten.

Uitgebreide interactieve oefeningen (zoals in het draaiboek voor cliënten), vindt u in dit draaiboek niet terug.
We moeten immers rekening houden met een totaal verschillende startcontext in vergelijking met de groepsaanpak van cliënten (die elkaar, zeker in een residentiële context, intussen al wat hebben leren kennen). Familieleden en andere dichtbetrokkene kennen elkaar niet en hebben meer last van sociale perspectieven, waardoor ze zich niet zo vlug zullen blootgeven.
Een uiteenzetting geeft hen in dat opzicht een veilig kader.

Om de feitelijke informatieoverdracht verteerbaar en aangenaam te maken en een zekere mate van betrokkenheid te bewerkstelligen, is een ***minimum aan interactie*** evenwel noodzakelijk. Hierbij dient u een evenwicht te zoeken tussen enerzijds niet te afstandelijk informeren en tegelijkertijd ook niet te persoonlijk op de belevingswereld in te spelen.
Hoe beter de mensen elkaar kennen, hoe meer bijklank een interactieve aanpak zal hebben. Het is aan u als begeleider echter om aan te voelen hoever u hierin kan gaan.

Zo heeft u voor een ***aantal topics*** een ***meer specifieke methodiek*** ter beschikking, die meestal interactiever van aard is.
Voor het ***inleiden van het thema*** en het uiteenzetten van de informatie doen we *enkele interactieve suggesties* die rekening houden met de hierboven vernoemde context (zie verderop in dit hoofdstuk).

Materiaal

Presentatiemateriaal voor de uiteenzettingen (slides) en eigen teksten zijn digitaal ter uwer beschikking. Gemakshalve zijn deze rechtstreeks te downloaden op **www.vad.be/download/** en alzo op uw eigen computer te plaatsen. Indien u geen internetverbinding heeft, kunnen wij u deze informatie op losse diskettes bezorgen. Geef hiervoor een seintje aan Nadine Roose, tel 02/422.03.02.

De ***achtergrondinformatie*** is beperkt gehouden tot diverse sprokkels uit de nederlandstalige en (meestal) gepopulariseerde literatuur.
Materiaal dat integraal uit het draaiboek 'Psycho-educatie bij problematisch middelengebruik voor cliënten' is overgenomen, vindt u digitaal terug op de files met de vermelding 'cliënt'.

Materiaal ***voor de deelnemer*** dient u zelf aan te maken.
U kan altijd geheugensteuntjes uit de sessie meegeven (zoals hand-outs van gepresenteerde slides, citaten, ...), copies van relevante achtergrondinfo uit de bijlagen, leestips (zie lectuur voor de deelnemers), ... Suggesties voor specifiek materiaal staan op de fiches zelf vermeld.
U kan ook toepasselijke brochures, folders, ... bijeenzoeken en aanbieden. In de rubriek 'Documentatie' achteraan vindt u alvast onze VAD-catalogus, maar u kan ook gebruik maken van brochures, folders van plaatselijke initiatieven.
Zorg ook steeds voor blanco bladen zodat wie wil notities kan nemen.

2. TIPS VOOR GEBRUIK

2.1. Aandachtspunten bij de planning van psycho-educatieve momenten, sessies of programma's voor familieleden van druggebruikers

Het draaiboek presenteert per hoofdthema een variatie aan topics die aan bod *kunnen* komen. We laten aan u als begeleider de vrijheid om zelf een psycho-educatief moment tijdens een begeleidingssessie, een psycho-educatieve sessie of een heel psycho-educatief programma samen te stellen op maat van uw doelpubliek.

Het plannen van psycho-educatieve momenten of sessies

Wij stellen het volgende stappenplan voor:

1. Lees de inleiding van de hoofdthema's en bekijk het overzicht aan topics die voor dit thema zijn uitgewerkt.
2. Maak uw keuzes:
   a. Selecteer de thema's en topics die u het meest aanspreken en geschikt lijken voor uw doelgroep, op basis van de geformuleerde leerdoelen.
   b. Kies de methodiek(en) die het best aansluiten bij de noden van uw doelpubliek.
   c. Doe de nodige aanpassingen aan de leerdoelen, de inhoud of de methodiek, afhankelijk van de noden en de kenmerken van uw doelpubliek.
   d. Kies vooraf een geschikt evaluatieinstrument.
3. Voer de methodiek uit.
4. Evalueer de sessie of het informatieve moment tijdens uw begeleidingssessie.

Hou bij uw keuze van een topic, de leerdoelen en een werkvorm steeds de vraag in uw achterhoofd:

- Met welke informatie
- en hoe gegeven
- kan ik mijn doelpubliek het meest van nut zijn
- rekening houdend met
- de aard van de relatie die de familieleden hebben met de gebruiker
- de aard, ernst en duur van het gebruik
- de groepsgrootte
- de mate van homogeniteit van de groep
- enzovoort?

Keuze van de meest geschikte methodiek

Of het nu gaat om een losstaande sessie of een volledige sessiereeks (zie verder), de oefeningen dienen zorgvuldig uitgezocht te worden in functie van de leerdoelen die voor het doelpubliek op een bepaald moment of in een bepaalde fase van de begeleiding/behandeling aan de orde zijn en/of een meerwaarde kunnen betekenen.

Het komt er dus op neer de topics, de voorgestelde methodieken en de uitgeschreven leerdoelen hieraan te toetsen.

U kan dit doen door:

1) Na te gaan of de voorgestelde leerdoel(en) aansluiten bij de doelstelling(en) die u zelf voor ogen had (= inhoudscriterium). De begeleider is uiteraard vrij van de voorgestelde leerdoelen af te wijken en dezelfde oefening met een ander leerdoel en/of andere accenten uit te voeren.
2) Na te gaan of de oefening aansluit bij datgene wat er bij de deelnemer(s) leeft of waar hij/zij aan toe is/zijn (=procescriterium). U dient zich hierbij af te vragen:
   - welk aangrijpingspunt op dit moment het beste past: een thema dat leeft, de relaties tussen de deelnemers, een gebeurtenis op de afdeling,...
   - welk soort activiteit de oefening moet stimuleren: luisteren, mee nadenken, eigen kennis toetsen, actief bewegen
   - of er nood is aan nieuwe info of een herhaling of variant van een reeds aangehaald thema

   Ook in dit kader kunnen aangegeven oefeningen enigszins aangepast worden.

Hou bij uw afstemming op uw specifieke deelnemer(sgroep) rekening met de fase van verandering, het toestandsbeeld (aandachtsspanne), de intellectuele mogelijkheden en de fasen van het leerproces (kennismaken, inzicht, herkennen, uitvoeren).

Vraag u ook af of u de oefening alleen aan kan of het aanbevolen is een tweede begeleider in te schakelen.

Een nog fijnere afstemming

Eens je (een) geschikte methodiek(en) gekozen hebt of elementen hieruit hebt aangepast, kan het nog nodig zijn nog specifiekere aanpassingen uit te voeren. Afhankelijk van de intellectuele mogelijkheden, de leeftijdsfase of andere kenmerken van uw doelpubliek zullen sommige methodieken nog verder moeten verfijnd worden of de tekstuele gedeelten hertaald naar een eenvoudiger taalgebruik of structuur.
We vragen van de begeleider daarom nog enige creativiteit om de aangegeven informatie op een nog meer geschikte manier over te brengen aan zijn specifieke deelnemer(sgroep).

Met de volgende 'kneepjes van het vak' willen wij u alvast op weg zetten:

1) hou de opzet eenvoudig: vind je de leerdoelen bijvoorbeeld nog te moeilijk, splits ze dan op in subleerdoelen en breidt eventueel het aantal sessies in functie daarvan uit: limiteer dus de hoeveelheid nieuwe informatie: een korte krachtige sessie over telkens één bepaald (deel)aspect en met een duidelijke boodschap kan vruchtbaarder zijn dan een sessie die je volstouwt met te veel informatie
2) als je bij informatie-overdracht de teksten van de uiteenzetting te lang vindt:
   a. beschouw de hoeveelheid informatie zo veel mogelijk voor uzelf
   b. wat en hoe je iets weergeeft: vertrekken van een eenvoudig model en zet mensen aan het werk met een vraag, een voorbeeld vragen, een mening geven, ...
   c. werk met 'kapstokken' (bvb de drie meest essentiële woorden uit het betoog) en hang daar dan bijkomende info en ervaringen aan vast op een zodanige manier dat er zeker iets van blijft hangen
3) gebruik motto's en slagzinnen (die je ook regelmatig herhaalt en waarrond je uw verhaal opbouwt), zij maken het geheel concreter en bieden een zekere houvast, bvb 'de kwaliteit van ons denken, bepaalt de kwaliteit van ons leven', 'loslaten biedt nieuwe mogelijkheden', 'niemand heeft leren fietsen zonder te vallen',...
4) werk meer visueel: gebruik meer foto's, affiches, slides en concreet materiaal
5) pas het taalgebruik aan: schrap of vervang moeilijke woorden, gebruik dialect, leg het zeer eenvoudig uit,...

Het plannen van een psycho-educatief programma

De selectie en de volgorde van de oefeningen hangen af van de specifieke doelstellingen die u voor ogen houdt, de noden van je deelnemer(sgroep) en de duur van uw programma.
De volgorde van de uitgewerkte thema's en methodieken zoals deze in het draaiboek is gepresenteerd, kent daar waar nodig een zekere logica maar is voor de rest lucratief. Wanneer de topics of methodieken elkaar opvolgen of in een zeker verband met elkaar staan, wordt dit ook vermeld.

Voor het plannen van een psycho-educatief programma stellen wij het volgende stappenplan voor:

1. Lees de algemene richtlijnen voor het plannen van een programma indien u een cursusreeks wenst samen te stellen.
2. Maak per sessie de gepaste keuzes. Voer hiervoor de richtlijnen uit en overloop de hierbij vermelde kritische vragen.
3. Voer uw programma uit. Evalueer hierbij elke sessie en stuur tussentijds bij.
4. Evalueer op het einde het volledige programma en herwerk waar nodig.

<u>Algemene richtlijnen voor het plannen van een psycho-educatief programma:</u>
De volgende richtlijnen helpen u om een relevant en coherent programma voor uw specifiek doelpubliek op te zetten waarin vooruitgang en continuïteit is ingebouwd. Los van de inhoud gaat het om dezelfde richtlijnen als deze die in het draaiboek psycho-educatie voor cliënten zijn aangegeven.
Overloop de diverse stappen en maak de aangeduide overwegingen.

1. Verhelder de doelstellingen van het programma:
   a. Wat wil je bereiken doorheen het programma?
   b. Wil je een aantal uiteenlopende doelstellingen bereiken?
   c. Heb je je doelstellingen geformuleerd in termen van voordelen voor de deelnemers in plaats van als iets wat je wilt bereiken
2. Plan het verloop van het programma:
   a. Waar zal je beginnen?
   b. Leg je het verloop van het proces op voorhand vast of voorzie je een aantal alternatieve routes doorheen het materiaal, afhankelijk van de noden en de reacties van je deelnemers?
   c. Een aantal sessies, thema's of oefeningen herhalen kan geen kwaad (Het motto 'herhalen is de beste manier van leren' kan ook aan de deelnemers gecommuniceerd worden). De thema's en doelstellingen uit het draaiboek liggen per hoofdthema enerzijds dicht bij elkaar en zijn anderzijds toch gevarieerd zodat enige afwisseling toch mogelijk is.
3. Kies de programma-inhoud en de oefeningen:
   a. Heb je een aantal criteria vastgelegd voor de selectie van de inhoud?
   b. Horen coherentie, vooruitgang en continuïteit bij deze criteria?
   c. Welke hoofdstukken uit deze map zijn relevant?
   d. Hoe zal je de geschikte oefeningen uit elk hoofdstuk selecteren?
   e. Wil je ook nog oefeningen uit andere documenten gebruiken?
   f. Sluiten de inhoud en oefeningen aan bij de doelstellingen van uw programma?
4. Ga na of de oefeningen een aantal strategieën en leerervaringen aanbieden:
   a. Is het programma erop gericht om de individuele en/of de groepsontwikkeling te stimuleren?
   b. Ben je nagegaan hoe je een goede relatie met de deelnemers kan opbouwen?

c. Zijn er genoeg oefeningen die persoonlijk engagement vragen (op vlak van participatie en leren) en die een uitdaging vormen?
d. Zijn de oefeningen aangepast aan de schriftelijke en mondelinge vaardigheden van de deelnemers?
e. Is er mogelijkheid om spelenderwijs te leren en om samen te werken?
f. Is er ook plaats voor 'onderhandelend leren'?
g. Zal het programma de ervaringen en percepties van elke deelnemer erkennen?
h. Kan er ook plezier gemaakt worden?

5. Zorg ervoor dat het programma voldoende onderbouwd is:
   a. Is er begeleiding door mensen met voldoende kennis en vaardigheden?
   b. Is er voldoende tijd voorzien voor de voorbereiding van het programma?
   c. Is er genoeg materiële ondersteuning voorzien om het programma efficiënt te kunnen gebruiken?
   d. Kan er een goede accommodatie geboden worden voor het programma, wat betreft omgeving, ruimte, comfort?
   e. Zijn de deelnemer(s) voldoende voorbereid?
6. Bouw controle- en evaluatiestrategieën in:
   a. Kan je ervoor zorgen dat elke leerervaring onmiddellijk geëvalueerd wordt? (Richtlijnen hiervoor worden bij elke oefening opgegeven.)
   b. Heb je geschikte manieren / instrumenten gevonden om na te gaan of je je doelstellingen bereikt hebt?
   c. Hoe ga je je programma-evaluatie weergeven?
   d. Heb je een mechanisme om de resultaten van de evaluatie te gebruiken bij de voorbereiding van je volgende sessie of programma?

2.2. Aandachtspunten bij de uitvoering van psycho-educatieve momenten of sessies voor familieleden van druggebruikers

Sfeer en leerklimaat

Enkele aandachtspunten bij de uitvoering van de methodieken of uw programma op relationeel vlak:

1. Creëer een sfeer van veiligheid opdat de deelnemers zich comfortabel zouden voelen, bereid zijn om te leren, gerustgesteld dat de sessie / het programma zal voldoen aan hun noden,...
2. Creëer een positief en vertrouwelijk leerklimaat door:
   - de groepsleden en groepsbegeleider(s) met elkaar te laten kennismaken
   - de structuur en de inhoud van de cursus duidelijk uit te leggen
   - de wederzijdse verwachtingen uit te klaren en de leerdoelen te bepalen
   - basisafspraken te maken op vlak van participatie, gedrag, vertrouwelijkheid,...
3. Let op uw eigen attitude:
   - Wees duidelijk in wat men van jou kan verwachten
   - Wees bereid om te luisteren, beschouw de deelnemers eveneens als kennisdragers en stel wederzijds leren van elkaar (deelnemers onderling, deelnemers en begeleider) centraal
   - Respecteer deelnemers met een laag zelfvertrouwen
   - Geef positieve feedback waar mogelijk, verhoog hun zelfvertrouwen

- Erken dat iemand steeds opnieuw de beslissing moet nemen om geen alcohol of andere middelen te gebruiken
- Erken dat terugval een voortdurende valkuil is

Belangrijk is ook om de gevoeligheden van en belangrijke aandachtspunten bij de omgang met de doelgroep te kennen. Om u hierbij op weg te helpen, verwijzen we naar teksten uit het draaiboek 'Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikers (GROOD). Leidraad voor begeleiders' (VAD, 2004). Alhoewel specifiek geschreven voor de doelgroep van ouders, zijn heel wat aandachtspunten te veralgemenen naar de ruimere doelgroep van familieleden.

➢ Zie bijlage 1 *Richtlijnen voor begeleiders*, Uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikers (GROOD). Leidraad voor begeleiders', VAD, 2004, pag 3-37

Suggesties voor een interactieve invulling

Om de betrokkenheid van de deelnemers te vergroten, kan je de volgende tips uitproberen. Bewaak hierbij wel strikt de grens tussen informatieverstrekking en –verwerking (kennis en inzicht) en 'therapeutisch' bezig zijn (emotionele verwerking).
Hou rekening met de context (in welke mate kennen mensen elkaar, is er al vertrouwen) en stem je af op de waardering van de deelnemersgroep van je interactieve interventies (algemene of gedeeltelijke weerstand, enthousiasme,...).

Bij de introductie van een topic of (hoofd)thema:

- Formuleer enkele prangende vragen die ouders/kinderen/partners zich rond dit thema dikwijls stellen
- Verzamel concrete vragen waar de deelnemers mee zitten: bevraag deze mondeling of laat de deelnemers hun vragen op kaartjes schrijven; bundel de vragen per thema, speel dit overzicht terug aan de deelnemers en geef aan welke vragen wel/niet aan de orde zullen komen in deze sessie.

Bij een uiteenzetting:

- Maak regelmatig gebruik van citaten of illustreer met concrete ervaringen van ouders/kinderen/partners om je informatie herkenbaar te maken. Vanuit deze herkenbaarheid zullen mensen spontaan reageren. Gebruik de inbreng van de deelnemers ter bevestiging, als vraagstelling naar herkenbaarheid bij de andere groepsleden, als overgang naar een nieuw aandachtspunt of topic, enz.

Bij de bespreking van achtergrondinformatie / huiswerkopdrachten:

Een uitgebreide bespreking van de door de deelnemers thuis doorgenomen achtergrondinfo of (vrijblijvende) huiswerkopdracht, kan als start van de volgende sessie gepland worden. Je kan dit doen als *check*: heeft iedereen de inhoud/boodschap begrepen? Waaraan hecht men veel belang?
Je kan het ook als integratiemoment inlassen met mogelijkheid tot discussie.

Let hierbij op het volgende aandachtspunt:

- Stel ook vragen, los van de tekst, aan diegenen die de tekst/huiswerkopdracht, om diverse redenen (te moeilijk, geen tijd voor genomen,...), niet gelezen/uitgevoerd hebben.

Meegeven van achtergrondinformatie

Het meekrijgen van achtergrondinformatie kan een welkome hulpbron zijn voor deelnemers om meer te weten te komen over bepaalde visies of boodschappen die hen aanspreken of frapperen, als herhaling of bevestiging van wat ze zelf denken, als bijkomende info over topics die de deelnemer(s) specifiek aanbelangen en niet (voldoende) aan bod zijn gekomen in de sessie, enz.
Het lezen van een tekst kan ook vanwege de begeleider een uitnodiging zijn om verder na te denken over iets, of om zich reeds in te werken/voor te bereiden op een nieuw topic/thema voor de volgende sessie.

Let in beide gevallen op de volgende aandachtspunten:

- Geef de teksten gericht. Niet alle teksten zijn voor iedereen geschikt. Hou rekening met de relatiebinding (info voor ouders is niet altijd relevant of specifiek genoeg voor partners of kinderen), met de mate dat de tekst (te) confronterend kan zijn, met het begaafdheidsniveau, met de interesses (in bvb opvoedingsproblemen), met het feit of mensen graag lezen, enz.
- Dring de teksten niet op, geef ze nooit mee als een verplichte opdracht, bewaak het vrijblijvend karakter. Het zou immers jammer zijn dat mensen wegblijven alleen maar om het feit dat ze niet aan de opdracht hebben voldaan. Je kan hen wel stimuleren deze info thuis door te nemen door dit op een uitnodigende en aanmoedigende manier te doen.

Evaluatie, nabespreking en 'nazorg'

Vraag feedback aan uw deelnemers om te weten hoe zij uw sessie of programma beoordelen en/of beleefd hebben. U kan dit zowel mondeling als schriftelijk doen.
Digitaal heeft u de keuze uit een hele reeks ***evaluatie-instrumenten.***

Naast het inhoudelijk aspect (peilen of u uw leerdoelen bereikt hebt) is het tevens belangrijk te peilen naar ***het effect dat de aangebrachte info op de deelnemers heeft*** (gedachten, emoties,zelfbeeld,...). Gaf herkenning van gevoelens en gedragingen bij de gebruiker, zichzelf en de andere deelnemers aan de deelnemer(s) een gerustgevend effect? Deed de informatie negatieve gevoelens (ontmoediging, verwarring, schuld, angst,...) oproepen of betekende de info een hart onder de riem (weer hoop, meer vertrouwen,...)?
Zeker de uitleg over de verschillende rollen die belangrijke derden kunnen opnemen, is voor de deelnemers niet betekenisloos. Ze gaan zichzelf al vlug herkennen in een bepaalde rol, stellen zich hierom vragen, enz.
Voor de deelnemers biedt hiernaar vragen een erkenning voor die gedachten/gevoelens die 'er mogen zijn' of 'heel normaal zijn'.

Belangrijk is dat u als begeleider hierbij inschat in welke mate de deelnemer(s) met deze effecten kunnen omgaan. Hebben zij op dit moment voldoende draagkracht en/of steun in de onmiddellijke omgeving? Of is een ondersteunende nababbel of het vastleggen van een individueel gesprek noodzakelijk?
In het geval u deze ondersteuning zelf niet kan bieden, kan het nodig zijn de deelnemer naar een collega of een andere hulpverleningsdienst door te verwijzen. In dat laatste geval kan

het nuttig zijn de deelnemer informatie over deze dienst te bezorgen. U kan hiervoor vanop onze website www.vad.be de organisatiefiches uit onze doorverwijsgids, die voor deze persoon relevant zijn, afdrukken en meegeven. U kan onze doorverwijsgids ook altijd in papieren versie bekomen. Bel hiervoor naar het secretariaat 02 423 03 33.

Overzicht thema's en leerdoelen

Thema 1: Wat moet ik weten over problematisch middelengebruik?

1.1. Ontstaan, verloop en gevolgen van problematisch middelengebruik
Leerdoelen:
- de complexiteit van factoren inzien hoe problematisch middelengebruik ontstaat
- hieruit afleiden dat je als ouder, partner, ... een schakel in het geheel bent en niet de oorzaak bent van het onstraan en het verloop van het gebruik
- het verloop van problematisch middelen gebruik kennen en eigen observaties kunnen kaderen
- de gevolgen van problematisch middelen gebruik kennen en herkennen
- de mate van ernst kunnen inschatten (en indien nodig kunnen relativeren)
- prangende vragen kunnen delen met anderen

1.2 De middelen en hun werking
Leerdoelen:
- kennis opdoen over de gebruikte producten, effecten en risico's
- kennis opdoen over de gebruikswijzen en de attributen
- zich visueel een beeld kunnen vormen van de producten en de gebruikwijzen/ attributen om deze eventueel te kunnen herkennen
- inzien dat producteigenschappen geen geïsoleerde factor zijn maar deel uitmaken van een complex samenspel van andere Mens- en Milieufactoren

1.3 Motivatie en terugval
Leerdoelen:
- de voor- en nadelen van middelengebruik voor de gebruiker kennen
- Inzien dat gedrag veranderen (sowieso iets) moeilijk is
- inzien dat veranderingsbereidheid en gedragsverandering een procesmatig verloop kent dat dynamisch en beïnvloedbaar is: motivatie is iets dat kan groeien !
- de randvoorwaarden voor gedragsverandering kennen
- inzien dat stoppen met gebruik (of andere veranderingswensen met betrekking tot gebruik) een keuze van en voor de gebruiker zelf moet zijn: dit betekent zelf loslaten!

1.4 Herstel en behandeling
Leerdoelen:
- de kenmerken van het herstelproces bij problematisch middelengebruik kennen
- weten wat een begeleiding/ behandeling (maar) kan inhouden
- zicht krijgen op de diverse hulpverleningsvoorzieningen en hun accenten

Thema 2: De impact van een druggebruikend familielid op mijzelf en mijn gezin.

2.1. Hoe dichtbetrokkenen denken en voelen
Leerdoelen:
- de veel optredende emoties kennen en als normale reacties beschouwen
- inzien hoe eigen gevoelens en gedrag bepaald worden door de gedachten die men bij situaties/ gebeurtenissen heeft

2.2 Hoe dichtbetrokkenen omgaan met het probleem
Leerdoelen:
- weten dat een reactie niets zegt over de mens als persoon, maar moet gezien worden

als 'een buitengewone reactie op een buitengewone situatie'
- de veel voorkomende reacties van familieleden bij het ontdekken en trachten om te gaan met het gegeven van problematisch middelengebruik kennen en herkennen
- notie nemen van het 'systeem'-denken: destabilisatie neigt tot gedragsaanpassingen en een nieuw evenwicht
- de veel voorkomende reactiepatronen van partners kennen en herkennen en weten waarop men moet letten
- de veel voorkomende reactiepatronen van ouders kennen en herkennen en weten waarop met moet letten
- de veel voorkomende reactiepatronen van kinderen kennen en herkennen en weten waarop men moet letten

2.3 De impact op de eigen gezondheid

Leerdoelen:
- de invloed zien van de eigen preoccupatie op de probleemsituatie op de eigen gezondheid
- de specifieke gezondheidsrisico's als partner van een problematisch middelengebruiker kennen

Thema 3: Mijn bijdrage in het veranderingsproces

3.1 Wat betekent in begeleiding/ behandeling zijn?

Leerdoelen:
- inzien dat 'zich laten behandelen' een moeilijke stap is voor mensen in het algemeen
- weten dat er voor- en nadelen zijn aan een begeleiding/ behandeling voor de cliënt
- de voor- en nadelen voor zichzelf inzien van een begeleiding/ behandeling van de cliënt

3.2 Welke richting kunnen we nog uit?

Leerdoelen:
- weten dat er een andere weg bestaat die werkt !
- weten op welke vlakken men het anders moet aanpakken

3.3 Hoe kan ik bijdragen tot herstel?

Leerdoelen:
- bewustworden van het feit dat men nog steeds/ wel degelijk een ondersteunende rol kan spelen (is opnieuw hoop vatten).
- de beïnvloedingsmogelijkheden die er nog wél zijn kennen
- het belang inzien van zelfzorg
- het belang inzien van onderhandelen en afspraken maken

Thema 4: Zorg voor mijzelf en mijn gezin

Leerdoelen:
- weten op welke vlakken men (opnieuw) beter voor zichzelf en het gezin kan zorgen
- weten waar men staat op het vlak van juridische aangelegenheden, of weten waar men informatie kan inwinnen, zodat men de juiste beslissingen kan nemen

Thema 1: Wat moet ik weten over problematisch middelengebruik?

Familieleden en andere dichtbetrokkenen worden vaak onverwachts met problematisch middelengebruik van zoon, dochter, vader, moeder, partner, enz. geconfronteerd.
In de meeste gevallen weet men wel iets over problematisch middelengebruik. Over 'verslaving' en 'druggebruik' komt er af en toe wel eens iets in de media.
Heel wat vragen duiken echter plots op nu het gaat om een gekend en dierbaar persoon.

Als dichtbetrokkene komt men meestal ook slechts met een aantal aspecten van deze problematiek concreet in aanraking. De gebruiker vertoeft immers niet constant in de nabijheid van de dichtbetrokken. En meestal worden problemen pas 'zichtbaar' wanneer het gebruik al een hele tijd bezig is. Dichtbetrokkenen hebben dan ook meestal geen idee van 'het volledige plaatje' dat problematisch middelengebruik allemaal kan inhouden.

Alle informatie die in dit deel te vinden is, draagt bij tot inzicht in problematisch middelengebruik.
Weten, herkennen, de dingen een plaats kunnen geven, zijn hierbij de centrale doelstellingen.
We gaan er vanuit dat kennis over de problematiek een eerste voorwaarde is om er beter te kunnen mee omgaan.

Inhoud

1.1 Ontstaan, verloop en gevolgen van problematisch middelengebruik

Ouders zitten met de prangende vraag: Waarom mijn zoon/dochter? Waarin ben ik als ouder tekort gekomen? Had ik het kunnen vermijden?
Kinderen kennen intussen het drink- of gebruiksgedrag van vader of moeder en denken dat zij daaraan mede schuldig zijn.
Het heeft dikwijls lang geduurd eer partners het problematisch gebruik (h)erkenden. Hoe ernstig is het gebruik en aan wat kunnen zij zich nog verwachten?

Familieleden en andere dichtbetrokkenen ervaren vooral de nadelen van het problematisch middelengebruik in hun nabije omgeving (gezin, partnerrelatie, vrienden, collega's,...). Meestal staan bepaalde aspecten op de voorgrond die gevoelsmatig sterk inwerken (spanningen in de relatie, problemen op het werk, geschonden vertrouwen, stress,...). Neutrale kennis over ontstaansfactoren, het evolutieve verloop, de gevolgen, is meestal beperkt en slechts fragmentarisch aanwezig.

Objectieve informatie over deze kenmerken van de problematiek, de samenhang van factoren, de 'typische' dynamieken, enzovoort kan mensen houvast geven.

Leerdoelen:
- de complexiteit van factoren inzien hoe problematisch middelengebruik ontstaat
- hieruit afleiden dat je als ouder, partner,... een schakel in het geheel bent en niet de oorzaak bent van het ontstaan en het verloop van het gebruik
- het verloop van problematisch middelengebruik kennen en eigen observaties kunnen kaderen
- de gevolgen van problematisch middelengebruik kennen en herkennen
- de mate van ernst kunnen inschatten (en indien nodig kunnen relativeren)
- prangende vragen kunnen delen met anderen

Informatie over het thema

Waarom gebruiken jongeren drugs?

- Waarom wel, waarom niet? Leg de verschillende motieven naast elkaar.
  - ➢ Zie bijlage 1.1 (1) *Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders (Provincie Oost-Vlaanderen), pag 5*

Waarom heb ik het niet herkend?

- Signalen van druggebruik: 'rood, oranje of groen licht?'
  - ➢ Zie bijlage 1.1 (2) *Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders (Provincie Oost-Vlaanderen), pag 19*
    - *Stiekem*
    - *Niet vanzelfsprekend dat het wordt opgemerkt*
    - *Mogelijke signalen*
    - *Let op met te vlug conclusies trekken*

Hoe zit het met erfelijkheid?

- Wat is erfelijk, wat is sociaal overgedragen?
  - ➢ Zie bijlage 1.1 (3) *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening. van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag 21-22*
    - *Soorten 'alcoholisten'*

Ontwikkelingsfasen van gebruik

- Leg het evolutief verloop uit + relativeer
  - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 1.1 (1) Tekst Problematisch middelengebruik*
- Illustreer met het beeld van een 'fuik'
  - ➢ Zie bijlage 1.1 (4) *Verslaafd aan de verslaafde? (Den Bakker J.K, 1997), pag 27-28*
- Leg uit dat experimenteel gedrag kadert in de adolescentiefase
  - ➢ Zie bijlage 1.1 (5) *Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders (Provincie Oost-Vlaanderen), pag 5-8:* gebruik de citaten.
  - ➢ Zie Methodiek adolescentieontwikkeling: metafoor 'rivier van verantwoordelijkheid'

De invloeden van Mens-Middel-Milieu bij het ontstaan van problematisch gebruik

Deze kijk werkt zeer ontschuldigend (vooral ouders voelen zich schuldig)!

- Introduceer de startvraag: Hoe komt het dat de éne wel en de andere niet ingaat op het aanbod een middel te gebruiken. Waarom houdt de éne na het uitproberen ermee op en gaat een andere ermee door?
- Leg de drie groepen factoren en het complexe samenspel ervan uit. Vestig de aandacht op het individuele verhaal van iedere gebruiker, immers bij iedereen ligt het samenspel anders.
  - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 1.1 (1) Tekst Problematisch middelengebruik*
  - ➢ Zie bijlage 1.1 (7) *Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders (Provincie West-Vlaanderen), pag 20-21*
    - *Experimenteren of vluchtgedrag?*
    - *Staar je niet blind op het middelengebruik alleen (de zeven vragen)*
    - *Laag zelfbeeld*
  - ➢ Zie Methodiek MMM-factoren: visuele voorstelling van de diversiteit aan invloeden
- Zijn de deelnemers voornamelijk familie van oudere (volwassen) druggebruikers en is er een gemeenschappelijke vraag over comorbiditeit met psychiatrische stoornissen, dan kan er in dit kader ook een woordje uitleg gegeven worden over de complexe relatie tussen beide probleemvelden.
  - ➢ Zie bijlage 1.1 (8) Psychiatrische stoornissen en middelengebruik, *Uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende* kinderen (GROOD). *Een leidraad voor begeleiders, VAD, 2004, pag 91-92*

De invloeden van Mens-Middel-Milieu bij de instandhouding van problematisch gebruik

- Leg uit dat een gelijkaardig samenspel van factoren ook geldt voor de instandhouding van het gebruik.
  a) Zoek samen met de deelnemers naar concrete MMM-factoren voor een specifieke fase van gebruik of voor de overgang naar een volgende fase.
  b) Illustreer met de cirkels van afhankelijkheid (= enkel fase van afhankelijkheid). Gebruik het beeld van de hond die rondjes blijft draaien.
  - ➢ Zie bijlage 1.1 (9) *Verslaafd aan de verslaafde? (Den Bakker J.K, 1997), pag 30.*

Hoe denkt de gebruiker?

- Sta eventueel wat nader stil bij de manier van denken van een gebruiker (= Mens-factor).
  a) Gebruik het beeld van de 'vergissing'.
     - Zie bijlage 1.1 (10) *Verslaafd aan de verslaafde? (Den Bakker J.K, 1997), pag 31*
  b) Overloop het typisch denkpatroon beschreven voor gebruikers in de afhankelijkheidsfase (nuanceer gradatieverschillen bij regelmatig of excessief gebruik!).
     - Zie bijlage 1.1 (11) *Verslaafd aan de verslaafde? (Den Bakker J.K, 1997), pag 57-61*

Hoe handelt de gebruiker?

- Leg uit waarom de problematisch middelengebruiker mensen misbruikt, besteelt, bedriegt, enz.
- Benadruk dat er uiteraard gradaties zijn, afhankelijk van de fase van gebruik, de invloed van het milieu, enz., dit om stereotiepe beeldvorming van 'een junk' te vermijden.
  - Zie bijlage 1.1 (12) *Verslaafd aan de verslaafde? (Den Bakker J.K, 1997), pag 57-58*

De gevolgen van problematisch middelengebruik

- Leg uit dat de gevolgen van gebruik en problematisch gebruik eveneens multidimensioneel zijn. Overloop hiervoor kort de diverse levensgebieden:
  - Lichamelijk en psychisch functioneren:
    - Tot uiting komen van een biologische kwetsbaarheid
      Bvb: slecht reageren op een product, ontwikkelen van een dubbele diagnose, psychoneurologische gevolgen (gevoelsvervlakking, geheugenstoornissen, depressiviteit en zelfmoord(gedachten),...), lichamelijke gevolgen (hartlijden, leverstoornis, infectieziekten, risico's bij zwangerschap...)
    - Verstoord eetpatroon: ongezonde voedingsgewoonten
    - Verstoord slaappatroon: dag-nacht-ritme verstoord
    - Verstoorde seksualiteitsbeleving
  - Relatie met gezinsleden/familieleden wordt conflictueus, 'verzuurt', escaleert, breekt af,... Het vertrouwen geraakt zoek.
  - Professionele of schoolse verplichtingen worden verwaarloosd
  - Justitiële problemen kunnen opduiken naar aanleiding van bvb rijden onder invloed, verwervingscriminaliteit, agressief gedrag,...
  - Vrijetijdsbesteding en sociale contacten worden verwaarloosd en beperken zich enkel in functie van het gebruik: de gebruiker geraakt geïsoleerd van zijn oorspronkelijk entourage.
- Sta stil bij de ernstinschatting en de gradaties van ernst. Opnieuw een individueel MMM-verhaal.

Specifieke methodieken

Adolescentieontwikkeling

- Illustreer het normale ontwikkelingsverloop van de adolescentiefase met de drang om te experimenteren en divers risicogedrag, aan de hand van de metafoor 'Rivier van verantwoordelijkheden'; maak de deelnemers bewust dat ook de ouderschapsstijl best mee evolueert met deze ontwikkelingsfase; leg de link met de invloed van problematisch middelengebruik op deze adolescentieontwikkeling (persoonlijkheidsontwikkeling, niet aanleren van een belangrijke vaardigheden).
  - ➢ Zie bijlage 1.1 (13): *Metafoor Rivier van verantwoordelijkheden,* Uit: Groepswerking ter ondersteuning van ouders met druggebruikende kinderen (GROOD). Leidraad voor begeleiders, VAD, 2004

MMM-factoren

- Maak de gelaagdheid van de diverse invloeden visueel duidelijk aan de hand van een cirkel met 2 buitencirkels (het midden van de cirkel stelt de persoon met zijn middelengebruik voor, de cirkels daaromheen zijn situaties, dingen en personen die invloed uitoefenen / in het verleden hebben uitgeoefend)
- Vul, aan de hand van een concrete casus die je stapsgewijs vertelt, de zaken in die een directe invloed hebben / gehad (plaats deze op de binnenste cirkel), de zaken waarvan men kan zeggen dat ze een mindere rol speelden (plaats deze op de buitenste cirkel) en de zaken die daar tussenin zitten (plaats deze op de middelste cirkel);
- Illustreer hiermee de veelheid aan factoren die ook nog eens onderling op elkaar inwerken (werkt ontschuldigend);
- Doe dit eventueel voor een tweede totaal verschillende casus en benadruk het unieke van elke ontstaan- en gebruiksgeschiedenis.

1.2 De middelen en hun werking

Naast persoons- en milieufactoren spelen uiteraard ook de eigenschappen van het gebruikte product een belangrijke rol bij het ontstaan en de instandhouding van problematisch middelengebruik. Zonder dit thema te overbelichten, immers niet alle 'kwaad' is te wijten aan het product, is het toch aangewezen het aan te reiken. Enerzijds om tegemoet te komen aan de vele vragen en een zekere nieuwsgierigheid. Anderzijds om het drievoudig plaatje van Mens-Middel-Milieu nog eens in de aandacht te brengen en te relativeren dat het product maar één element is naast vele andere!

Leerdoelen:
- Kennis opdoen over de gebruikte producten, effecten en risico's.
- Kennis opdoen over de gebruikswijzen en de attributen.
- Zich visueel een beeld kunnen vormen van de producten en de gebruikswijzen/attributen om deze eventueel te kunnen herkennen.
- Inzien dat producteigenschappen geen geïsoleerde factor zijn maar deel uitmaken van een complex samenspel van andere Mens- en Milieufactoren.

Informatie over het thema

Wat je over de producten moet weten
- Informeer volledig en correct over de werking van de producten (effecten en risico's), de gebruikswijzen en attributen.
    - alcohol
    - cannabis
    - cocaïne
    - GHB en ketamine
    - Heroïne
    - LSD
    - XTC
    - smart drugs
    - speed
    - vluchtige snuifmiddelen
    - medicatie
    - gokken
        - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 2.1 (1) Tekst Productinformatie*
        - ➢ Gebruik de tekstbank uit: *CD-rom 'Drugs etc...' (VAD):* aan te kopen op VAD (zie infofolder achteraan)
        - ➢ Zie voor presentaties en animaties over de werking van drugs in de hersenen: http://www.van-gennip.nl/jellinek/start.htm
- Benoem eventueel de diverse straatnamen maar weet wel dat deze zeer streekgebonden zijn. Informeer vooraf bij de Druglijn.
- Wanneer er vraag is naar de zichtbare effecten (bvb tekens van onder invloed zijn, gedragsveranderingen,...), geef dan aan dat deze niet eenduidig aan te geven zijn (eenzelfde symptoom kan uiting zijn van twee totaal verschillende dingen) en leg ook uit waarom dat niet zo eenvoudig is.
    - ➢ Zie Bijlage 1.2 (1) *Gedragsobservatie en signalen van gebruik.*

Specifieke methodieken

Suggesties voor de introductie van het thema:

- Voer een korte kennistest uit: mondeling of schriftelijk
- Vermeld enkele mythes over de producten
    - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 2.3 (1) Lijst met mythes*
- Verzamel concrete vragen waar de deelnemers mee zitten

Visuele ondersteuning bij uiteenzetting over productinfo

- Uiteenzetting met visuele verduidelijking. Zorg voor een neutrale sfeer.
    - ➢ Gebruik de beeldbank uit: *CD-rom 'Drugs etc...' (VAD):* aan te kopen op VAD (zie infofolder achteraan)

Opmerkingen

- Een neveneffect kan zijn dat de deelnemer met de opgedane kennis bij het druggebruikend familielid op zoek gaat gaan naar (restanten van) producten of typische attributen, hem/haar hierin gaat controleren, enz. Het is in wezen niet de verantwoordelijkheid van de begeleider om dergelijke scenario's te vermijden. Door echter de voor- en nadelen van een controlerende houding bespreekbaar te maken (zie bijvoorbeeld VAD-folder over urinetesting achteraan), kan je de deelnemer(s) wel helpen een overdacht standpunt hierover in te nemen.

Materiaal voor de deelnemer

- Folder van de Druglijn (zie achteraan of op te vragen bij de DrugLijn, tel 078 15 10 20)

1.3 Motivatie en terugval

Een grote frustratie bij familieleden en andere betrokkenen is 'het gebrek aan motivatie' van de gebruiker waarmee zij geconfronteerd worden. De omgeving van de gebruiker ziet met 'nuchtere' ogen de schade die het gebruik met zich meebrengt en is hier terecht over bezorgd. De gebruiker zelf ziet de nadelen van gebruik niet of minimaliseert deze en vertoont (zeker aanvankelijk) weinig of geen probleembesef. Voor de niet-gebruiker is dit onbegrijpelijk.
Hergebruik na een cleane periode of tijdens/na een behandeling is voor steunfiguren eveneens een moeilijk te verwerken feit. De voorzichtige hoop dat alles weer beter zou gaan wordt (voor de zoveelste keer) weer eens de kop ingedrukt.
Waarom is het zo moeilijk het gebruik te stoppen? Waarom krijgt niemand de gebruiker gemotiveerd? Voor familieleden en relevante steunfiguren is het belangrijk om over deze vragen na te denken.

Leerdoelen:

- De voor- en nadelen van middelengebruik voor de gebruiker kennen
- Inzien dat gedrag veranderen (zo wie zo iets) moeilijk is
- Inzien dat veranderingsbereidheid en gedragsverandering een procesmatig verloop kent dat dynamisch en beïnvloedbaar is: motivatie is iets dat kan groeien!
- De randvoorwaarden voor gedragsverandering kennen
- Inzien dat stoppen met gebruik (of andere veranderingswensen met betrekking tot gebruik) een keuze van en voor de gebruiker zelf moet zijn: dit betekent zelf loslaten!

Informatie over het thema

De voor- en nadelen van gebruik

- Benoem enkele voor- en nadelen van middelengebruik voor de gebruiker
  - ➢ Zie *Draaiboek Psycho-educatie voor cliënten: 3B2 Voor- en nadelen van middelengebruik*: je kan weergeven wat cliënten tijdens deze oefeningen zoal aangeven.

Gedrag veranderen is moeilijk

- Stoppen met gebruik impliceert een gedragsverandering.
  Veranderen van gewoontegedrag is voor iedereen een moeilijke(te verwezenlijken) opdracht. Hou de reeds overlopen kenmerken van problematisch middelengebruik en de voordelen van gebruik die veranderen moeilijk maken voor ogen. Bedoeling is begrip van de dichtbetrokkenen te krijgen voor de moeilijke taak waarvoor de gebruiker staat.
  a) Zoek met de deelnemers naar enkele alledaagse niet middelspecifieke voorbeelden van gedrag, gewoontes die mensen willen veranderen.
  - ➢ Illustreer dat men hierbij een keuze moet maken en dat het niet evident is je vooropgestelde doel te bereiken.

  b) Voer eventueel de oefening 'Veranderen van haarstijl' uit.
  - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 3B3 Veranderen van haarstijl*

Motivatie: een proces

- Geef een positievere en meer genuanceerde kijk op motivatie mee. Motivatie is geenszins een zwart-wit-gegeven en een 'eigenschap' van de persoon.
- Introduceer de de cirkel van gedragsverandering en overloop deze zowel algemeen als middelenspecifiek.
  - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 3B4 De fasen van gedragsverandering*
- Vestig de aandacht op de discrepantie die dikwijls bestaat tussen de gebruiker en zijn omgeving.
- Benadruk dat dit proces beïnvloedbaar is. Zowel ondermijnende als faciliterende factoren kunnen een rol spelen. Een dubbelediagnoseproblematiek of een interferentie met een rechtszaak kan bijvoorbeeld een belemmerende factor zijn die op een bepaald moment de motivatie doet afnemen of volledig verdwijnen. Een neutrale steunfiguur, vaak een hulpverlener, kan deskundig inspelen op het veranderingsstadium waarin de gebruiker zich bevindt en de motivatie bij de gebruiker doen toenemen.

Externe en interne motivatie

- Maak het onderscheid tussen externe en interne motivatie.
- Geef aan dat dit kan groeien: van het één kan het ander komen.
- Laat zien dat het een keuze van en voor de gebruiker zelf moet zijn. Ermee stoppen om bijvoorbeeld vader of moeder te sparen, is op termijn gezien 'geen juiste' motivatie (wel een juiste om mee te beginnen, maar zal verder moeten evolueren).
- Familieleden en andere steunfiguren moeten inzien dat zij het idee moeten loslaten dat zij het zelf mee moeten oplossen!
- Benoem de zes randvoorwaarden voor gedragsverandering: kennis, voldoende lijdensdruk, voldoende zelfwaardegevoel, voldoende competentie, voldoende gevoel van vrijheid om zelf te beslissen, voldoende gevoel van interne attributie en effectiviteit.
  - ➢ Zie bijlage 1.3 (1) *Motiverende gesprekstechnieken, Luc Taccoen.* Uit: Broothaerts; Jean-Pierre (red.),Tack, Mark (red.) Verslaving en motivationele gesprekstechnieken. Handboek: het motivationele gesprek, Leuven, Garant, 2001

Is alles voor niets geweest? Hoe begrijp ik een terugval?

- Niemand leert fietsen zonder eens te vallen
  - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 3 C1 (1) Tekst: Niemand leert fietsen zonder eens te vallen + slide fietser*
- Kader het belang van bijvoorbeeld vrijetijdsinvulling bij terugvalpreventie
  - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 3 C1 (1) Tekst: Niemand leert fietsen zonder eens te vallen*
- Leg indien nodig de gedragsketen uit: wat is gedrag, hoe ontstaat het en hoe stopt het?
  - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 3 A1 (1) Tekst: Wat is gedrag*
  - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 3 A2 (2) Tekst: Beknopte tekst: Functionele analyse*
  - ➢ Let er wel op dat dit model vlug schuldgevoelens kan opwekken. Geef daarom aan dat deze (microscopische) gedragsanalyse zich op een ander verklaringsniveau situeert dan het veel ruimere schuldreducerende MMM-model. Benadruk de eigen verantwoordelijkheid van de gedragspleger.
  - ➢ Wil je meer de nadruk leggen op de rol van interpreteren, leg dan uit dat hoe iemand denkt over een gebeurtenis bepaalt wat hij voelt en wat hij doet. Deze kijk op gedrag is minder schuldinducerend dan de gedragsketen en dus

veiliger. (Het speelt ook meer in op de prangende vraag: hoe kan ik zelf beïnvloeden / hoe heb ik zelf kunnen beïnvloeden? Zie thema 2: De impact op mezelf en mijn gezin).

- Geef terloops eventueel ook mee dat naast deze dynamieken van 'klassieke en operante conditionering', ook 'modeling' meespeelt in het verklaren van gedrag.

Specifieke methodieken

Kijk op de fasen van verandering

- Overloop de cirkel eerst vanuit het standpunt van de gebruiker (geen probleembesef, terugval,...);
- Overloop deze dan vanuit het standpunt van de dichtbetrokkenen (hun gedrag en beïnvloedingspogingen, de effecten ervan op de sfeer en het contact met de gebruiker,...);
- Leg zo per fase beide gezichtspunten naast elkaar;
- In aansluiting op het thema behandeling kan je de cirkel ook overlopen vanuit het standpunt van de hulpverlener (aansluiting vinden met de huidige fase en erop inspelen).

1.4 Herstel en behandeling

'Eens verslaafd, altijd verslaafd?' is een vraag die bij heel veel mensen leeft. Familieleden hebben dikwijls maar een beperkte notie van wat er zich in een begeleiding/behandeling afspeelt en wat de effecten van een begeleiding/behandeling al dan niet kunnen zijn. Meestal zijn de verwachtingen van een begeleiding/behandeling heel onrealistisch.
Tijd dus om even het herstelproces te kaderen en stil te staan bij de belangrijkste begeleiding/behandelingsaspecten.
Het kan ook nuttig zijn het hulpverleningslandschap te overlopen en de diverse accenten hierin uit te leggen.

Leerdoelen:
- De kenmerken van het herstelproces bij problematisch middelengebruik kennen
- Weten wat een begeleiding/behandeling (maar) kan inhouden
- Zicht krijgen op de diverse hulpverleningsvoorzieningen en hun accenten

Informatie over het thema

Wat is herstel?
- Sta stil bij wat herstel is. Herstellen betekent een stoornis overwinnen, opnieuw gezond worden of (opnieuw) normaal gaan functioneren. Het is een woord afkomstig uit het 'ziekte'model (met nadruk op de lichamelijke aspecten). Maar ook als we het hebben over bijvoorbeeld aanleren van nieuw gedrag (de psychologische aspecten), kunnen we globaal spreken van een herstelfase.
- Herstel kan gebeuren op één of meerdere levensgebieden. Omgaan met het middel is maar één spoor, ook op de andere levensterreinen dient er aan herstel gewerkt te worden.
- Een herstelproces kan in die zin gefaseerd verlopen, bvb eerst het lichamelijke, dan de persoonlijke conflicten, dan de relaties.
- Herstellen kan een langdurig proces zijn. Niet alles valt onmiddellijk terug op zijn pootjes, er zijn voor iedereen stimulerende en ondermijnende factoren en we moeten rekening houden met het wisselende verloop van de veranderingsbereidheid (motivatiecirkel) en met vallen en opstaan (terugval).
- Het proces van herstel is dus zeer individueel gekleurd.
- Herstel kan tot stand komen met of zonder een begeleiding/behandeling.
- Benadruk de inzet van familieleden hierbij. Hulpverleners zijn niet de enigen die als 'deskundig' uit de bus komen!
- Aan een behandeling gaan heel wat fasen vooraf: ontkenning, ambivalentie, extrinsieke motivatie, intrinsieke motivatie, bereidheid tot veranderen, bereidheid tot behandeling.
- Een begeleiding/behandeling is slechts een episode in het volledige herstelproces. Herstellen stopt niet 'eens men de kliniek verlaten heeft'! Het dient zich verder voort te zetten.
- Als we dit alles op een rijtje zien staan, dan zien we dat het belangrijk is de verwachtingen realistisch te houden. Zowel bij de cliënten als bij de omgeving dienen de verwachtingen bij de start van een begeleiding/behandeling dikwijls bijgesteld te worden. Dit wil zeggen: niet te veel ineens verwachten, het herstel zijn tijd geven, rekening houden met hergebruik. Geef hierbij ook eventueel reeds de prognose aan (zie ook thema 3).

- Zie bijlage 1.4 (1) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, *pag 85-87*

Wat houdt een begeleiding/behandeling/ in?

- Leg de stappen en de onderdelen van een begeleiding/behandeling uit
  - Digitaal *Psycho-educatie cliënten 1.1 (1) Tekst Problematisch middelengebruik: Wat houdt een begeleiding/behandeling in?*
- Behandeling is verschillend van dienstverlening: veranderen versus de levenssituatie verbeteren.
- Hulp bieden is verschillend van steun bieden: assisteren om het probleem aan te pakken versus pijn en lijden verminderen. Het functioneel nut van hulp en steun voor herstel moeten steeds overwogen worden.
- Geef aan dat een bijkomende problematiek (psychose bij cannabisgebruik, uitgelokt of kwetsbaarheid) de behandeling complexer maakt. Benadruk het belang van geïndividualiseerde info (het stellen van je vragen aan de behandelend arts, therapeut, begeleider).
- Vermeld eventueel reeds het aspect partner- of gezinstherapie (zie ook thema 3).
  - Zie bijlage 1.4 (2) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 80-83

Behandelmedicatie

- Beantwoord bondig de meest gestelde vragen over de behandelmedicatie bij:
  - de ontwenningsfase : verloop, delirium tremens, wanneer naar de kliniek, wat wordt toegediend, onthoudingsverschijnselen
  - craving, de werking van Antabuse, wat is Campral
  - substitutiebehandeling, de werking van Methadon (gevaarlijk voor kinderen?)
    - Stimuleer wel een arts te raadplegen voor meer gedetailleerde en gepersonaliseerde uitleg.
  - Zie bijlage 1.4 (3) *Medische en farmacologische aspecten, detox en crisisopvang, Dr S. Ansoms* (Werkwijzer)
  - Zie bijlage 1.4 (4) *Farmaca in de behandeling van verslavingen,* van den Brink W., Geerlings P. (deel 1), Psychopraxis, 1 (1) sept 1999 en (deel 2), Psychopraxis, 1 (2) okt 1999

Het hulpverleningslandschap

- Een gebruiker heeft dikwijls al een hele behandelingsgeschiedenis achter de rug in verschillende soorten voorzieningen; voor de familie niet altijd duidelijk wat de typische accenten en verschilpunten zijn. Geef de verschillen tussen de settings aan op vlak van filosofie en werking en de na te streven behandeldoelen.
  - Zie bijlage 1.4 (5) *Behandeling van problematisch middelengebruik,* Roose N. Uit: De Donder E., De Maeseneire I. e.a Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening,Kluwer, 2002, pag 122-128: Het hulpverleningslandschap.

Beroepsgeheim

- Familieleden wensen soms zicht te krijgen op eventueel recent gebruik, zeker bij ambulante begeleidingen. Hierbij botsen ze soms op het (medisch) beroepsgeheim. Leg uit waarom er niets aan de familie kan gezegd worden over het actueel functioneren van de cliënt en het persoonlijk verloop van de begeleiding, zolang er geen mandaat is van de cliënt. Duidt ook op de gelijkaardige attitude van hulpverleners ten opzichte van justitiële medewerkers.
  - Zie VAD-uitgave: *'Rapporteren aan justitiële medewerkers bij justitiële doorverwijzingen van druggebruikers. Visietekst van de hulpverlenings- en welzijnssector* (zie rubriek 'Documentatie' achteraan)

Specifieke methodieken

Suggesties voor de introductie van het thema

- Voer mondeling een korte kennistest uit met betrekking tot de hulpverleningsvoorzieningen (bijvoorbeeld: Juist/fout? Op een PAAZ wordt je altijd opgenomen, In een TG kan je enkel voor druggebruik terecht,...) en geef aan dat het hulpverleningsaanbod niet altijd overzichtelijk is voor buitenstaanders.
- Vermeld enkele mythes of onwaarheden over behandelingsaspecten (bijvoorbeeld: In een psychiatrisch ziekenhuis wordt je platgespoten, ...) en corrigeer.
- Verzamel concrete vragen waar de deelnemers mee zitten.

Thema 2: De impact van een druggebruikend familielid op mijzelf en mijn gezin

Problematisch middelengebruik beïnvloedt het denken, voelen en handelen van mensen die een nauwe band hebben met de gebruiker. Meestal is men echter zo gevoelsmatig op de probleemgebruiker gefocust, dat men zich tot het uiterste inzet voor 'de goede zaak' maar de impact hiervan op zichzelf en het gezin niet altijd direct doorheeft.
Toch is het belangrijk van deze impact op de hoogte te zijn om uit de hand lopende situaties op relationeel, opvoedkundig of gezondheidsvlak te herkennen en bij te sturen.

Inhoud

2.1 Hoe dichtbetrokkenen denken en voelen

Het problematisch middelengebruik van een dierbaar iemand laat dichtbetrokkenen niet koud, integendeel, het wekt heel wat gevoelens op van frustratie, machteloosheid en pijn. Dichtbetrokkenen stellen zich ook snel de vraag ' Wat heb ik mis gedaan?, Ligt het aan mij?, Draag ik mee schuld?'. Door de emotionele betrokkenheid kunnen zij ook niet altijd meer het gedrag van de gebruiker juist interpreteren.

Het is goed de typische gedachten en gevoelens bij de deelnemers aan te kaarten en bespreekbaar te maken, zodat deze als 'normaal' ervaren worden.

Leerdoelen:
- De veel optredende emoties kennen en als normale reacties beschouwen
- inzien hoe eigen gevoelens en gedrag bepaald worden door de gedachten die men bij situaties/gebeurtenissen heeft

Informatie over het thema

De 'klassieke' emoties

- Het problematisch gebruik van iemand uit je omgeving beïnvloedt iedereen die er bij betrokken is en wekt heel wat 'universele' gevoelens op. Ook al heb je als ouder van een gebruikend kind een andere relatie dan als partner of sta je als broer of zus in een andere verhouding dan als vriend.
- Kader de veel voorkomende gevoelens en leg uit dat ze normaal zijn:
  - Bezorgdheid: Omdat je kind/partner/broer/zus jou ter harte gaat, meen je het alleen maar goed met hem. Je ziet echter zijn gedrag, gevoelens, omgeving veranderen in de negatieve zin en dit baart je uiteraard zorgen.
  - Wanhoop en machteloosheid: Je hebt echter het gevoel dat jouw invloed op dat gedrag en die negatieve ontwikkelingen maar heel klein is. Allerlei pogingen om de gebruiker te helpen, leiden zelden tot succes en maken de situatie soms alleen maar erger.
  - Woede: Wanneer je merkt dat zaken waaraan je gehecht bent, zijn gestolen. Wanneer je ervaart dat de drug of de drank 'voor gaat' op je kinderen of op jezelf als partner/broer/zus. Wanneer je hergebruik vaststelt ondanks de herhaalde beloftes of na een/de zoveelste behandeling.
  - Schaamte, twijfel: Op een bepaald moment herken je uw kind/partner/broer/zus niet meer en schaam je je voor zijn uiterlijk, gedrag en manier van leven. Bij agressief gedrag, liegen, stelen ga je op de duur op een bepaalde manier afstand nemen en jezelf gaan beschermen. Zeker bij de ouders, maar ook bij de zussen/broers of partners gaat dit gepaard met zware schuld- en schaamtegevoelens en twijfel. Deze schaamtegevoelens kunnen er ook toe leiden dat men zichzelf van vrienden, familie, collega's/klasgenoten gaat isoleren, vanuit het gevoel er alleen mee te staan.
  - Schuld: Vooral ouders, maar ook partners en kinderen, kampen met schuldgevoelens over hun opvoedersrol en beginnen beslissingen in

- twijfel te trekken ('Had ik dat wel mogen toelaten?', 'Ik had hem daar nooit naartoe mogen sturen',...).

- ➢ Zie bijlage 2.1 (1) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 73
- ➢ Zie methodiek: Sociale perspectieven

Misinterpreteren

- Als dichtbetrokken omstaander is men vlug geneigd om het gebruik en de hiermee gepaard gaande gedragsveranderingen (interesseverlies, effecten van gebruik,...), spanningen in het gezin en middelengerelateerde problemen toe te schrijven aan zichzelf: 'Het is mijn schuld', 'Het is omdat hij me niet graag ziet',... Dikwijls gaat het echter om misinterpretaties!
- Leg uit dat G+G=G+G (gebeurtenis + gedachte geeft een gevoel + gedrag, dit wil zeggen: hoe iemand denkt over een gebeurtenis bepaalt wat hij voelt en wat hij doet) en illustreer met voorbeelden.
- Zorg dat op deze manier het eigen gedrag en reacties begrepen worden: dit schema kan een antwoord geven op de prangende vraag 'Hoe kan / heb ik kunnen beïnvloeden?' en het wanhopige gevoel 'niet meer weten wat te doen', enigszins verlichten.

  Let hierbij op de moeilijke evenwichtsoefening tussen informeren en confronteren: gevoelsmatig voelen mensen zich vlug schuldig bij de vraag hoe het uit de hand is kunnen lopen. Anderzijds is de eigen beïnvloeding als ouder/partner/... niet te ontkennen (bvb niet voldoende grenzen gesteld). En ook al is het niet zo evident, probeer toch het verschil aan te geven tussen 'oorzaak' en 'aanleiding'.

  ➢ Zie bijlage 2.1 (2) *Gezinnen onder invloed. Invloedrijke gezinnen. Een programma voor gezinnen met alcoholproblemen, ontwikkeld door de afdeling voor afhankelijkheidsstoornissen 'Ter Dennen' van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen. Draaiboek voor hulpverleners*, VAD, 2002, pag 30.

Specifieke methodieken

Sociale perspectieven

- Vanuit de startvraag 'Hoe lang heb je erover nagedacht om naar deze infosessie te komen?' of 'Welke drempel heb je moeten overschrijden om tot hier te komen?' kan je komen tot de invloed die reacties vanuit de omgeving op de gevoels- en denkwereld kunnen hebben.

2.2 Hoe dichtbetrokkenen omgaan met het probleem

Dichtbetrokkenen hebben elk hun eigen manier van omgaan met het problematisch middelengebruik van hun familielid.
Dit hangt af van hun persoonlijkheid, de vaardigheid om met problemen om te gaan en de relatie die zij met de gebruiker hebben.
Toch zijn er een aantal reacties en rol- en gezinspatronen die veel voorkomen. Afhankelijk van de positie (ouder, partner, kind) kunnen deze heel specifiek zijn.
Weet hebben van deze 'klassieke' reacties en gezinsdynamieken en de herkenning ervan, kan normaliserend werken. Het is dan ook belangrijk hierbij stil te staan.

Leerdoelen:

- weten dat een reactie niets zegt over de mens als persoon, maar moet gezien worden als' een buitengewone reactie op een buitengewone situatie'
- de veel voorkomende reacties van familieleden bij het ontdekken en trachten om te gaan met het gegeven van problematisch middelengebruik kennen en herkennen
- notie nemen van het 'systeem'-denken: destabilisatie neigt tot gedragsaanpassingen en een nieuw evenwicht
- de veel voorkomende reactiepatronen van partners kennen en herkennen en weten waarop men moet letten
- de veel voorkomende reactiepatronen van ouders kennen en herkennen en weten waarop men moet letten
- de veel voorkomende reactiepatronen van kinderen kennen en herkennen en weten waarop men moet letten

Let op dat iemand die "anders" reageert er niet uitvalt of zich "abnormaal" voelt!

Informatie over het thema

1) ALGEMEEN

Typische reactievormen en fases

- Men kan op vlak van de gezinsproblematiek (en het herstel ervan) ook diverse fasen onderscheiden, gaande van de vaststelling van gebruik tot hoe men ermee omgaat.
  - Zie bijlage 2.2 (1) *Verslaafd aan de verslaafde? (Den Bakker J.K, 1997)*, pag 64-69: ontdekken, ontkennen, de eerste poging om het gedrag te veranderen, 'de gelegenheid geven om te gebruiken'.
  - Zie bijlage 2.2 (2) *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening. (van der Stel J. & van der Keulen J, 1992)*, pag 64: overzicht fasen en oplossingen van gezinsleden
  - Zie bijlage 2.2 (3) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 73-75: bijsturing, aanpassing, crisis, nieuw evenwicht, scheiding

Ontkennen

- Ga nader in op deze reactievorm. Leg uit dat het ontkennen van het destructieve gedrag van de gebruiker een verstaanbare reactie is.

- Leg uit waarom ontkennen echter geen effectieve copingstrategie is: Het vergt veel psychische energie en het draagt bij tot 'mede-afhankelijkheid' (zie verder).
  - ➢ Zie bijlage 2.2 (4) *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening.* van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag 41-42

Een nieuw evenwicht

- In een gezin of een relatie wordt de omgang bepaald door gewoonten, manieren van communiceren, een taak- en rolverdeling en waarden en normen. Veelal gaat het om ongeschreven regels die dienen om 'het systeem', 'de organisatie' in balans te houden.
- Wanneer één van de gezinsleden een afhankelijkheidsprobleem ontwikkelt, dan verstoort deze, door tegen de regels en de omgangsvormen in te gaan, de stabiliteit. Om het systeem toch draaiende te houden, past het gezin zich aan de nieuwe situatie aan. Zij doen dit door bijvoorbeeld:
  - zelf oplossingen te zoeken voor de problemen die de gebruiker veroorzaakt
  - taken en verantwoordelijkheden overnemen: de gezinsrollen worden herverdeeld.
  Het gezin gaat het leven organiseren rond de problemen van de gebruiker, zoals bijvoorbeeld in een gezin met een drinkende vader:
  - de oudste zoon neemt min of meer de vaderrol over
  - de oudste dochter zorgt voor de kleintjes zodat moeder voor het inkomen kan zorgen.
- Wanneer de gebruiker stopt met gebruik, heeft ook dit weer repercussies op het intussen geïnstalleerde evenwicht.
  - ➢ Zie bijlage 2.2 (5) *Sociale en relationele gevolgen van middelenmisbruik.* Uiteenzetting PC Broeders Alexianen Boechout.

2) PARTNERS VAN PROBLEMATISCHE MIDDELENGEBRUIKERS

Effect op de partnerrelatie

- Door het gedrag van de gebruiker (roestoestand, onverschilligheid, verwaarlozing, agressieve buien,...) verhoogt de druk op de partner om alles te compenseren. Vanuit schaamte of schuldgevoelens tracht men de moeilijkheden voor de buitenwereld te verbergen waardoor men verantwoordelijkheden gaat beginnen overnemen. Ofwel komt er een wankel evenwicht dat geen extra belasting verdraagt, ofwel blijft de partner alles opvangen tot bijvoorbeeld de kinderen het huis uit zijn wat nadien dan in een zeer negatieve tot explosieve periode kan uitlopen.
- Eigen invloed: Door het idee greep te kunnen krijgen op het gedrag van de ander, tracht de partner zoveel mogelijk controle te houden. Handelen gebeurt vooral in reactie op wat in het gezin gebeurt in plaats van vanuit zichzelf. Zij wringen zich vaak jaren in bochten en nemen gedragspatronen aan waarin ze zich eigenlijk niet goed voelen. De relatie is niet zoals zij het zelf willen en zij zijn ook zichzelf niet meer. Maar het gedrag van de gebruiker kan men niet sturen.
- Vreemd genoeg zijn het juist deze goede bedoelingen en grote inspanningen die het gebruik lang kunnen laten aanslepen. Daardoor duurt het langer dat de gebruiker geconfronteerd wordt met de gevolgen van zijn gedrag. Controleren en pogingen ondernemen om het gedrag van de gebruiker te veranderen komen neer op aandacht geven. Het geven van aandacht is echter een sterke bekrachtiger voor het verder stellen van gedrag. Het is dus beter te stoppen met zich verantwoordelijk te voelen voor het gedrag en de problemen van de drinker, omwille van de feitelijke onmogelijkheid om dit op te lossen.

(Dit inzicht kan bevrijdend werken en een begin van gedragsverandering zijn. Daarom lost het het verslavingsprobleem niet op maar het geeft de partner wel weer het recht haar eigen leven in handen te nemen en te sturen.)

Copingstijlen

- Het samenleven met een dysfunctionerend persoon kan van de partner een zodanige aanpassing vragen dat zij op den duur ook gaat 'dysfunctioneren' om dergelijk samenleven vol te houden. De klassieke rolpatronen geven een verschillend beeld voor mannen en vrouwen. Het is bijvoorbeeld typisch voor vrouwen dat zij niet zo vlug geneigd zijn hun huwelijk in vraag te stellen. Zij zullen bijvoorbeeld lange tijd proberen de schade te beperken, op de duur gaan meegebruiken in de hoop dat dit het contact zal verbeteren en verandering trachten uit te lokken doorhun man jaloers te maken of te dreigen met suïcide. Zich depressief en schuldig voelen is hiervan meestal het gevolg omdat ze merken dat dit alles niet helpt. Bij mannelijke partners van vrouwelijke gebruikers zien we dit patroon niet zo omdat het centrum van hun bestaan vaak niet in het gezin ligt.
- Overloop de diverse manieren van zich aanpassen en geef aan dat de passieve, vermijdende reacties de minst effectieve zijn.
- Leg ook uit dat meestal afhankelijk van de situatie van copingstijl wordt veranderd en de partner in de driehoek slachtoffer-, vervolger- en redderrol blijft ronddraaien, zonder eigenlijk nooit voor zichzelf op te komen.
  - ➤ Zie bijlage 2.2 (6) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 25-26, pag 25-26

'Mede-afhankelijkheid'

- Er is heel wat onderzoek verricht naar partners van 'verslaafden', vooral vrouwelijke partners van mannelijke verslaafden op vlak van persoonlijkheid. Vrouwen van verslaafden blijken een heterogene groep te vormen, waarvan sommigen stoornissen vertonen terwijl bij anderen nauwelijks individuele pathologie aanwezig is.
  - ➤ Zie bijlage 2.2 (7) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 24 : nuanceer de typologie
- Bij langdurig gebruik zien we dikwijls dat het leven van een dichtbetrokkene zodanig beheerst wordt door de gebruiker dat men kan spreken van 'co-dependentie' of 'verslaafd zijn aan de verslaafde'. Co-dependentie is een proces waarbij de vrouwelijke partner steeds afhankelijker wordt van de gebruiker: naarmate de verslaving van de man manifester wordt en langer duurt, worden de mogelijkheden van de vrouw om zelfstandig een betekenisvol sociaal leven te leiden alsmaar geringer.
  - ➤ Zie bijlage 2.2 (8) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 24-25
- Het gedragspatroon van co-dependentie kenmerkt zich door de volgende eigenschappen:
  - de eigenwaarde zoeken in de rol die ze spelen en de zorg die ze geven
  - weinig of geen vertrouwen hebben in het eigen oordeel
  - gevoelens en problemen van anderen overnemen
  - angst om verlaten te worden
  - willen controleren
  - graag willen redden: zie copingstijlen: de driehoek redder-achtervolger-slachtoffer

  - zich verantwoordelijk voelen voor anderen
  - piekeren over anderen
  - de eigen emotionele behoeften verwaarlozen

De gradaties kunnen uiteraard sterk verschillen.
- ➢ Zie bijlage 2.2 (9) *Verslaafd aan de verslaafde?* Den Bakker J.K, 1997, pag 69-75, pag 69-75
- ➢ Zie bijlage 2.2 (10) *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening.* van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag 42-43

3) OUDERS VAN PROBLEMATISCHE MIDDELENGEBRUIKERS

Opvoeding en problematisch middelengebruik
- Al is de invloed van ouders op hun kinderen onmiskenbaar groot, dan betekent dit nog niet dat al wat misloopt hun schuld is. Er kan veel misgaan met kinderen, ook al hebben ze de beste ouders van de wereld. Maar ook het omgekeerde is waar: één derde van de kinderen die een slechte start hadden in het leven, functioneren prima als jong volwassenen. En last but not least: goede ouders en goede opvoeding beschermen slechts in beperkte mate de ontwikkeling van ernstige problemen.
- Net zoals in een gezin waar één van de ouders problematisch middelengebruik vertoont, kan men in de reacties als ouder op het gebruik van hun kind enkele fasen onderscheiden.
  - ➢ Zie bijlage 2.2 (11) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 72-75

4) KINDEREN VAN PROBLEMATISCHE MIDDELENGEBRUIKERS

Stereotiepe rolpatronen bij kinderen in gezinnen met alcoholproblemen
- Situeer het aanpassingsgedrag van kinderen als overlevingsstrategieën die op korte termijn het gezinsevenwicht mee helpen in stand houden.
- Omschrijf de typische rolpatronen: de verantwoordelijke, de aanpasser, de zondebok, het aan zijn lot overgelaten kind, de clown.
- Overloop de emotionele problemen waarmee deze kinderen kunnen te kampen hebben.
- Geef aan dat deze reactiepatronen en emotionele stress op langere termijn negatief kunnen zijn voor de eigen ontwikkeling: emotionele problemen, latere partnerkeuze
  - ➢ Zie bijlage 2.2 (12) *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening.* van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag 44-53

Specifieke methodieken

Suggesties voor de introductie van het thema
- Schrijf tekstfragmenten op aparte kaartjes en verzamel deze in een urne; laat een vrijwilliger een kaartje trekken en het voorlezen; start de uiteenzetting met het aangehaalde thema.
- Geef op het einde van de vorige sessie een verhaal of tekstfragment mee met de vragen: wat herken ik, waar wil ik meer over weten?; inventariseer in het begin van de sessie de reacties en vragen vooraleer de uiteenzetting te starten.

Suggesties voor het illustreren met citaten of ervaringen
- Maak bij uw uiteenzetting regelmatig gebruik van citaten of illustreer met concrete ervaringen van ouders/kinderen/partners uit bijvoorbeeld de verhalen: 'Mijn man is verslaafd...' of 'Onze kinderen zijn verslaafd'

- Zie bijlage 2.2 (13) *Verslaafd aan de verslaafde? (Den Bakker J.K, 1997)*, pag 10-24*: de verhalen*

Vragenlijst over het kind dat gebruikt

- Geef mee als illustratie voor zichzelf
  - Zie bijlage 2.2 (14) *Vragenlijst over het kind dat gebruikt*, Uit: Oudergroep CAT, e.a, Draaiboek Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?

Vragenlijst ouderbetrokkenheid

- Geef mee ter illustratie of doordenkertje voor zichzelf.
- Ook bruikbaar als introductie van het thema tijdens de sessie: deelnemers voelen het, uit eigen ervaring, bij zichzelf aan.
  - Zie bijlage 2.2 (15) *Ouderbetrokkenheid*, Uit: Oudergroep CAT, e.a, Draaiboek Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?

2.3 De impact op de eigen gezondheid

Omgaan met een problematisch middelengebruiker is slopend voor de eigen gezondheid omwille van de diepgaande gevolgen en intense emoties die ermee gepaard gaan. Vanuit de voortdurende preoccupatie op de problemen die zich stellen, heeft men dit dikwijls zelf niet onmiddellijk in het oog. Hierbij een overzicht 'wat drugs met de omgeving kan doen'.

Leerdoelen:

- De invloed zien van de eigen preoccupatie op de probleemsituatie op de eigen gezondheid
- De specifieke gezondheidsrisico's als partner van een problematisch middelengebruiker kennen

Wees alert voor mensen die aangeven dat ze het behoorlijk lastig hebben. Hier reeds spreken van ondersteuningsmogelijkheden is geen overbodige zaak. Verwijs eventueel onmiddellijk na de sessie door naar professionele opvang.

Informatie over het thema

Stress

- Wie met een problematisch middelengebruiker samen leeft, moet veel incasseren: de gebruiker veroorzaakt grote problemen en doet onverwachte dingen. De niet aflatende spanning die dat teweegbrengt, vraagt op den duur zijn prijs. Gevoelens van machteloosheid, wanhoop, frustratie en teleurstelling zijn zeer slopend. Emotiepieken kunnen we aan als we tijd hebben om te recupereren. Is dit niet het geval omdat zij te snel op elkaar volgen, of het al te lang bezig is, dan geraakt het lichaam uitgeput. Ook depressie, angst, psychosomatische klachten, slaapstoornissen kunnen voortvloeien uit deze continue bron van stress.
- De mate waarin je hieraan onderhevig bent, hangt ook samen met de rol die je opneemt (redder, slachtoffer, vervolger).
- Stressbeleving hangt echter nauw samen met hoe mensen stressfactoren interpreteren. Geef aan dat gedachten als filter fungeren tussen de oorzaak van stress en de uiteindelijke stressreactie.
  - ➢ Zie bijlage 2.3 (1) *Informatie over stress,* uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD), VAD, 2004, pag 77-80.

Ik verwaarloos mijzelf

- Voeding
  - o Eetstoornissen en verstoord eetpatroon bij zichzelf: kaderen als stressfactor
- Slapen
  - o Slaapproblemen ten gevolge van stress
- Seksualiteit
  - o Onder spanning staan heeft invloed op de eigen seksualiteit.
  - o Chronische stress verstoort de hormonenhuishouding.

- Mijn sociale contacten en vrijetijdsbeleving
    - Evolueren naar zichzelf sociaal isoleren:
        - vanuit eigen gedrag (er niet alsmaar over moeten praten, gevoel over niets positiefs meer te kunnen spreken = niet prettig voor anderen)
        - vanuit reacties van anderen (wegblijven omdat het niet meer plezant is, omdat ze niet weten hoe erover te praten)
    - ➢ Zie bijlage 2.3 (2) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-*Apeldoorn, 2000, pag 32-33: Stadia in de sociale contacten.*

Specifieke gezondheidsrisico's als partner

- Seksueel gedrag van de gebruiker kan onvoorspelbaar zijn en gepaard gaan met agressiviteit. Men denkt er niet altijd aan zichzelf te beschermen tegen risico's op zwangerschap. Geef ook aan wat men bijvoorbeeld kan doen bij fysiek geweld.
- SOA: problematisch middelengebruikers hebben dikwijls veel wisselende partners
- AIDS: verhoogde kans op contact met spuiters
    - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 6.9 (1) Tekst: SOA*

Specifieke methodieken

Stress-schaal

- Geef mee ter illustratie of doordenkertje voor zichzelf.
    - ➢ Zie bijlage 2.3 (3) *Stress-schaal*, Uit: Oudergroep CAT, e.a, Draaiboek Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?

Thema 3 : Mijn bijdrage in het veranderings-proces

Wat kan ik doen voor de gebruiker? Welke constructieve bijdrage kan ik (nog) leveren bij zijn inspanningen om droog/clean te worden en blijven?
Als familieleden en andere dichtbetrokkenen willen helpen, is dit een goede zaak voor de gebruiker. Iedere vorm van sociale ondersteuning is immers welkom in de moeilijke strijd van het product af te blijven. Helaas moeten vele zware gebruikers het stellen zonder hulp van hun omgeving.

Het is belangrijk aan de nauw betrokkenen die nog een inspanning willen leveren (of overwegen te nemen), aan te geven dat er manieren van omgaan met de gebruiker zijn die gedragsverandering in de gewenste richting kunnen helpen ombuigen en behouden.
Kennis van de eigen beïnvloedingsmogelijkheden en nuttige tips bij probleem- en situatiescrisis kunnen hierbij al een eerste hulpmiddel zijn.

Erkenning voor de reeds geleverde inzet, het helpen stellen van realistische verwachtingen, het mogen aangeven van eigen beperkingen en grenzen, zijn hier cruciaal.
Doseren van de geleverde inspanningen is echter een voorwaarde om het te kunnen volhouden.

Inhoud

3.1 Wat betekent in begeleiding/behandeling gaan/zijn?

Het is goed stil te staan bij wat een begeleiding/behandeling door de band betekent. Wat betekent het voor mensen in het algemeen? Wat betekent het voor de gebruiker? Wat betekent het voor zijn nabije omgeving? Waar is men bang voor, wat schrikt af?

Leerdoelen:
- Inzien dat 'zich laten behandelen' een moeilijke stap is voor mensen in het algemeen
- Weten dat er voor-en nadelen zijn aan een begeleiding/behandeling voor de cliënt
- De voor-en nadelen voor zichzelf inzien van een begeleiding/behandeling van de cliënt

Informatie over het thema

Wat betekent in begeleiding/behandeling zijn voor de cliënt?
- Bespreek de betekenis voor en de beleving van de cliënt van in begeleiding/behandeling gaan en zijn.
- Overloop de mogelijke voor- en nadelen van een begeleiding/behandeling voor de cliënt. Maak duidelijk dat een begeleiding een mogelijkheid is, maar niet altijd de oplossing. Hulpverlening heeft zijn beperkingen. Bovendien staat of valt een begeleiding met de motivatie van de betrokken.
  - Digitaal *Psycho-educatie cliënten 3 E1 (1) Wat betekent in behandeling gaan/zijn*: zie informatie bij de kernwoorden op de methodiekfiches

Wat betekent in begeleiding/behandeling gaan/zijn voor de dichtbetrokkenen?
- Bespreek de voordelen: De betekenis van een begeleiding/behandeling voor de dichtsbetrokken is meestal iets van: uit handen geven, opluchting, ademruimte, ...
- Nuanceer het alles verwachten van de deskundigen, of de redenering en het gevoel 'in behandeling blijven is het belangrijkste'.
- De nadelen: De medewerking die gevraagd wordt kan persoonlijk ook zeer belastend zijn, bijvoorbeeld gezinsgesprekken, confrontatie met eigen gedrag, verwijten van de gebruiker in plaats van de verwachte dankbaarheid of erkenning,...
- Het feit van aangesproken en uitgenodigd te worden als belangrijke steunfiguren in het behandelproces, biedt belangrijke derden de mogelijkheid om de cliënt te helpen, ondanks het feit dat zij zich uitgeput, ontgoocheld of boos kunnen voelen.

3.2 Welke richting kunnen we nog uit?

Informatie over de impact die het gebruik heeft op de eigen denk- en gevoelswereld, het eigen gedrag en het persoonlijk functioneren, kan een belangrijk bron van herkenning en inzichten betekenen voor heel wat dichtbetrokkenen. Maar het geeft nog geen antwoord op de prangende vraag van 'OK, maar hoe moet het nu verder? Kan het anders?'.
Belangrijk is mee te geven dat er wel degelijk een andere aanpak van de probleemsituaties bestaat, ook al vraagt dat een ommezwaai in het eigen denken en voelen.

Leerdoelen:

- Weten dat er een andere weg bestaat, die werkt!
- Weten op welke vlakken men het anders moet aanpakken

Informatie over het thema

Er is nog hoop!

- Het gevoel en de frustratie alles uitgeprobeerd te hebben zonder enig resultaat, wekt het idee dat heel de situatie hopeloos is. Niets is echter minder waar. Het 'geheim' zit hem in een 'mentaliteitsverandering', een wijziging in de eigen houding, die niet langer gericht is op het dragen en lijmen van brokken die de gebruiker heeft gemaakt.
- Hiervoor is het wel belangrijk in te zien dat men het gedrag van de gebruiker niet zelf kan sturen en men deze illusie moet loslaten (zie thema 2).

Pak het anders aan

- Geleidelijk moet de omgeving de overgang maken van gelegenheid geven om te gebruiken (cfr het overnemen van verantwoordelijkheden, de aangepaste gezinsstructuur, co-dependentie,...) naar gelegenheid geven om te stoppen.
- Bouw zelfvertrouwen op door vb ook eens te kijken waar je tot nu toe wel in geslaagd bent, leg de fout niet steeds bij jezelf, stop met zelfmedelijden.
- Tracht stressreacties te beperken
    - o kom erachter welke situatie stress veroorzaakt en stel grenzen
    - o zorg dat je beter kan omgaan met onvermijdelijke spanning: maak er werk van stressbestendiger te worden door bijvoorbeeld opnieuw op je voeding te letten, voor voldoende lichaamsbeweging te zorgen, ontspanningsactiviteiten te ondernemen, enz.
        - ➢ Zie bijlage 3.2 (1) *Verslaafd aan de verslaafde?* Den Bakker J.K, 1997, pag 80-91: concretiseer met voorbeelden
- Voor ouders: Leer je kind loslaten
    - ➢ Zie thema 1: methodiek adolescentieontwikkeling: metafoor 'rivier van verantwoordelijkheden
    - ➢ Zie methodiek: Leer je kind loslaten

Specifieke methodieken

Leer je kind loslaten
(Uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD), VAD, 2004)

- introduceer de uitspraak 'Goed ouderschap voor kinderen is dat men hen beschermt. Goed ouderschap voor adolescenten betekent dikwijls dat men hen loslaat' en laat de deelnemers er bij zichzelf over nadenken;
- geef aan hoe deze uitspraak bij ouders overkomt, wat dit praktisch kan betekenen, wat het lastig/moeilijk maakt om je adolescent los te laten, wat je ermee kan verliezen, maar ook winnen!

3.3 Hoe kan ik bijdragen tot herstel?

Hoe kunnen dichtbetrokkenen zich actief en constructief inzetten en het herstelproces bevorderen?
Hoe kunnen zij bij de (zoveel te doorlopen) stappen in het (al dan niet reeds aangevangen) veranderingsproces en de te realiseren doelstellingen, de gebruiker concreet en daadwerkelijk ondersteunen?
Welke inbreng komt zowel de gebruiker als zichzelf ten goede, en dit zowel binnen als buiten de context van een begeleiding/behandeling?
Ook al zijn er geen pasklare antwoorden en is succes niet verzekerd, een aantal belangrijke aandachtspunten kunnen zeker meegegeven worden.

Leerdoelen:
- Bewustworden van het feit dat men nog steeds/wel degelijk een ondersteunende rol kan spelen (is opnieuw hoop vatten)
- De beïnvloedingsmogelijkheden die er nog wél zijn, kennen
- Het belang inzien van zelfzorg
- Het belang inzien van onderhandelen en afspraken maken

Informatie over het thema

Informeren
- Informeer de begeleider / behandelaar over de ziekte- en behandelingsgeschiedenis van de gebruiker (bij geheugenproblemen, om het verhaal van de dichtbetrokkenen te horen).
- Formuleer uw eigen beleving, wensen en/of standpunten.

Ondersteunen / aanmoedigen in het bereiken / behouden van het vooropgestelde behandeldoel (abstinentie, gecontroleerd gebruik, risicobeperking):
- Met betrekking tot het gebruiksgedrag:
  - ***Motivatie***: hou de stadia van verandering voor ogen, weet dat externe motivatie kan evolueren tot interne motivatie, stimuleer op het vlak van de randvoorwaarden om tot verandering te komen (zie 1.3 Motivatie)
  - ***Nazorg***: de ondersteuning valt niet weg na ontslag, integendeel, ze is hier des te meer nodig. Leg uit waarom.
    - Zie bijlage 3.3 (1) *Familiewerking: nazorg,* Uiteenzetting PC Broeders Alexianen Boechout
    - Zie bijlage 3.3 (2) *Omgaan met de drinker tijdens opname en behandeling. Tips voor dichtbetrokkenen, Uiteenzetting Onze-Lieve-Vrouw Brugge* en/of bijlage 3.3 (3) *Methodiek:Tips voor dichtbetrokkenen*
- Met betrekking tot de middelengerelateerde domeinen:
  - Stimuleer en werk mee aan gezonde ***voeding.***
    - Digitaal *Psycho-educatie cliënten 5.1 (1, 2, 3) en 5.3 (1, 2, 3)*: over de rol van voeding in de herstelfase, link tussen gezonde voeding en algemeen welbevinden, voedingsdriehoek (niet uitgebreid op ingaan, wel in koffer hebben moest er vraag naar zijn en eventueel folders/info meegeven); je kan uit de 'kennistest', 'vezeltest' en 'veel gestelde vragen' enkele vragen of weetjes introduceren.

- Stimuleer en werk mee aan een gezonde ***slaaphygiëne***.
- Stimuleer en/of licht voor op het vlak van ***veilig vrijen***.
- ***Vrije tijd***: hoe kan ikzelf in het kader van terugvalpreventie de gebruiker ondersteunen op dit vlak, wat kan ikzelf hierin voor mijn partner/kind betekenen?
- Stimuleer het opnemen van ***contacten buitenshuis***, werk, zinvolle activiteiten....

Hoe opnieuw vat krijgen?

- Hoe reageren op (tekenen van dreigende) ***terugval***?
  - De gevoelens van verdriet, woede en teleurstelling bij zichzelf herkennen.
  - Proberen een terugval niet als negatief maar als een leerstap te beschouwen.
  - Leren mee te anticiperen op hogerisicosituaties en -gedachten, hogerisicosituaties en -gedachten helpen te vermijden en de gebruiker stimuleren om zich te herpakken.
  - Val zelf niet in je oude reactiepatroon (redder, slachtoffer,...).
- Hoe reageren op ***time-out*** (bvb bij overtreden huisregels)? Ouders zijn bijvoorbeeld altijd zeer paniekerig. Duid momenten van time-out zodat zij dit kunnen plaatsen.
- ***Urinetesting***: Overloop de voor- en nadelen van urinetesting en sta zeker stil bij de implicaties op relatieniveau.
  - ➢ Zie folder 'Drugs en urinetesting', VAD, 2003 (zie rubriek 'Documentatie' achteraan)
- ***Gedwongen opname***: Geef uitleg over gedwongen opname: wat zijn de rechten van de ouders? Kader de voor-en nadelen en nuanceer het idee van het ultieme middel 'we moeten ons kind redden' (zodat ze hierover kunnen nadenken).
  - ➢ Zie bijlage 3.3 (4) *Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders.* Provincie Oost-Vlaanderen, pag 44-45

Breng opnieuw de communicatie op gang

- Het is belangrijk te zoeken naar een andere manier van omgaan met elkaar: hoe opnieuw naar elkaar luisteren en elkaar verstaan? Niet alleen de inhoud maar ook de context, het tijdstip, de plaats en de dosering spelen een rol bij een geslaagde dialoog. Overloop hierbij het TILD-schema.
  - ➢ Zie bijlage 3.3 (3) *Methodiek:Tips voor dichtbetrokkenen*: gebruik de tips die specifiek gaan over communicatie (tip 2, 4, 6, 8 tem 11, 13 tem 15).
  - ➢ Zie bijlage 3.3 (5) *TILD-schema*, Uit: Oudergroep CAT, e.a, Draaiboek Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?

Werken aan jezelf

- Hoe raar het ook klinkt: de gebruiker 'los laten' en weer aandacht besteden aan het eigen functioneren, is een heel belangrijke bijdrage in het gehele veranderingsproces. Er zelf lichamelijk en geestelijk weer bovenop komen, en bevredigende manieren vinden om met het probleem om te gaan, kan alleen maar gunstig werken op de kwaliteit van de ondersteuning die je aan de gebruiker wil bieden. (Zie verder thema 4)
- Zeg iets over de paradox dat je eigenlijk wil dat een ander verandert maar dat je daarbij begint met jezelf (cfr de slogan van BZN 'Verander de wereld, begin met jezelf). Ook al heb je al zoveel geinvesteerd....

Eigen voorbeeldgedrag

- We staan er dikwijls niet bij stil, maar hoe gaan we zelf om met bijvoorbeeld spanningen, problemen oplossen, vieren van prettige gebeurtenissen,...? Wat hebben we zelf als kind gezien en geleerd hieromtrent? (dikwijls gaat het om een

generationele dynamiek). Indien we zelf gemakkelijk grijpen naar geneesmiddelen of bepaalde drankgewoontes hebben (bezoek, café,...), kan het ook nuttig zijn hier even bij stil te staan. Voorbeeldgedrag op het vlak van middelengebruik (mondeling) werkt immers weinig bevordelijk bij pogingen om met het gebruik te breken. (Dit aandachtspunt kan confronterend zijn, maar hoeft daarom niet zowiezo uit de weg gegaan worden).

Werken aan de eigen partner- en/of gezinsrelaties

- Zich engageren in een partner- of gezinstherapie: Het kan nodig zijn zich te laten bijstaan in het gezamelijk zoeken van een nieuw evenwicht op relatie en/of gezinsniveau. Immers de gebruiker in behandeling verandert, het systeem moet mee veranderen, anders werkt het niet. Waar hou ik het best rekening mee, wat kan ik doen?
    - ➢ Zie bijlage 3.3 (6) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 38-42
- Er dient niet alleen gewerkt te worden aan de relationele verstandhouding en de (ongunstige) gezinsdynamieken. Zowel gebruiker als dichtbetrokkene zullen ook een nieuw evenwicht moeten zoeken wat betreft de (vrijgekomen) vrije tijd, zelfzorg (zie thema 4), enzovoort.
    - ➢ Zie bijlage 3.3 (7) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 83-84

Afspraken maken

- Ga in op de **opvoedersrol** bij ouders. Benadruk het belang van structuur bieden. Regels stellen en consequent aanhouden is een belangrijke basishouding. Probeer zoveel mogelijk samen de regels vast te leggen.
- **Veilig vrijen**: Als ouder: 6.7 SOA en 6.9 voorbehoedsmiddelen samennemen: hoe zich beschermen en hoe dit communiceren met de gebruiker; methodieken: rekening houden met gevoeligheid van het thema en het feit dat de deelnemers elkaar niet zo goed kennen: niet te interactief
- **Beheer van rekeningen**: Kan nodig zijn tijdens het gebruik, en/of tijdens de herstelfase, wanneer de gebruiker al dan niet in behandeling is (geweest). Geef aan dat het belangrijk is realistische verwachtingen te scheppen. Door het liegen, bedriegen, manipuleren is men meestal zijn positie als ouder kwijtgeraakt. Overloop de afwegingen en keuzes die gemaakt moeten worden:
    - o Zelf doen of externe hulp? Overloop welke consequenties het zelf beheren kan hebben en geef aan dat het belangrijk is de relatie ouder-kind zuiver te houden. Geef uitleg over de mogelijke vormen van externe hulp.
        - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 8.3 (11) Tekst: Help ik kan het niet alleen!*
    - o Hoeveel zakgeld moet ik geven? Immers volgende afweging wordt dikwijls gemaakt: 'geld geven vergroot de kans op gebruik en geen geld geven vergroot de kans op dealen'.

Specifieke methodieken

Tips voor dichtbetrokkenen

- Tips, vragen en bespreking:
  - ➢ Zie bijlage 3.3 (3) *Methodiek:Tips voor dichtbetrokkenen*

Materiaal voor de deelnemer

- VAD-folder 'Drugs en urinetesting'

Thema 4: Zorg voor mijzelf en mijn gezin

Mensen wiens leven uiteindelijk ook uitsluitend rond het problematisch gebruik is gaan draaien, zijn dikwijls vervreemd geraakt van zichzelf. In de loop van de tijd is men 'gewoon geworden' altijd maar te geven, tot de uitputting toe.
De boodschap horen dat het belangrijk is ook aan zichzelf aandacht te besteden, en de gebruiker dus wat 'los te laten', is niet altijd gemakkelijk te verteren.
Maar het idee dat 'wie zich goed in zijn vel voelt, meer bestand is tegen onregelmatigheden en stress' wordt wel verstaan. Omdat men dikwijls ook wel weet dat 'het zo niet verder kan', heeft men wel oor voor nuttige suggesties.
Zet de diverse aspecten van zelfzorg even op een rijtje, zonder reeds expliciet aan te sturen op gedragsverandering.

Leerdoelen:
- Weten op welke vlakken men (opnieuw) beter voor zichzelf en het gezin kan zorgen.
- Weten waar men staat op het vlak van juridische aangelegenheden, of weten waar men informatie kan inwinnen, zodat men de juiste beslissingen kan nemen.

Informatie over het thema

Blijf er niet alleen mee zitten!
- Zorg voor ondersteuningsbronnen en doorbreek je sociaal isolement: neem opnieuw contact op met buren, vrienden, kennissen, collega's. Neem (opnieuw) iemand in vertrouwen.
  - ➢ Zie methodiek: *Mijn atomium – sociale contacten als een belangrijke vorm van ondersteuning*
- Zoek indien nodig steun bij een zelfhulpgroep. Geef aan dat het herkennen van dezelfde gevoelens en twijfels bij andere ouders/broers/zussen/partners die in 'hetzelfde schuitje zitten' een belangrijke steun kan betekenen en kan helpen het eigen isolement te doorbreken. Inzicht hebben in de aard en het waarom van die gevoelens en ervaren dat je gevoelens heel normaal zijn, werkt ontschuldigend, wat een belangrijke ontlasting kan betekenen. Ook kan men leren hoe andere mensen met gelijkaardige situaties omgaan. Al bij al een bron van wederzijdse steun, want ook de anderen zullen met uw ervaringen iets kunnen doen.
- Of neem contact op met een professionele hulpverlener. Je hoeft daarom nog geen 'therapie' te starten, je hart eens kunnen luchten en een luisterend oor kunnen zeer verlichtend werken.
- Verwijs voor diverse mogelijkheden in de eigen regio door naar de Druglijn (tel 078 15 10 20 = anoniem!).

Zet jezelf weer in the picture!

- Ontzeg jezelf geen ontspannende activiteiten waaruit je voor u zelf energie kunt putten: herneem vroegere recreatieve of sportieve activiteiten!
    - Som op of geef voorbeelden van wat voor mensen 'energiebronnen' kunnen zijn op emotioneel, geestelijk, cognitief of creatief vlak.
        - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten* 7.3 (1) Overzichtslijst Waar wat vinden?
    - Bied de Pleasant Event Scale aan ter illustratie van plezierige activiteiten; je kan deze ook aan de deelnemers meegeven en hen uitnodigen dit thuis voor zichzelf eens in te vullen.
        - ➢ Digitaal 4 (1) Pleasant Event Scale
    - Laat de groep ervaringen uitwisselen in verband met tijd nemen voor jezelf.
        - ➢ Zie methodiek: *Tijd nemen voor jezelf*
- Voeding: respecteer de voedingsdriehoek en gezonde eetrituelen (vast tijdstip van de maaltijden, op dat moment niets anders doen, op dat moment geen problemen uitpraten,...)
    - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 5.1 (1, 2, 3) en 5.3 (3)*: over de link tussen gezonde voeding en algemeen welbevinden, voedingsdriehoek (niet uitgebreid op ingaan, wel in koffer hebben moest er vraag naar zijn en eventueel folders/info meegeven); je kan uit de 'kennistest', 'vezeltest' en 'veel gestelde vragen' enkele vragen of weetjes introduceren en enkele gezonde recepten lanceren.
- Verzorg je slaap en creëer gunstige slaapcondities
    - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten 4.4 (1)Tips slaaphygiëne*
- Bescherm je tegen zwangerschap en seksueel overdraagbare aandoeningen
    - ➢ Digitaal *Psycho-educatie cliënten* 6.9 (1*) Tekst: SOA*

Stress

- Ga op zoek naar de ware bron van stress en zie wat men hierbij in de gunstige zin kan veranderen. Maak gebruik van casussen en sta vooral ook stil bij de invloed van meespelende gedachten.
    - ➢ Zie ook 2.3 (1) Info over stress
- Maak jezelf stressbestendiger door aandacht te besteden aan je algemene functioneren (zie 'zet jezelf in the picture')
- Zich bewust leren ontspannen is een basisvaardigheid die kan aangeleerd worden. In principe kan men dit in een groep aanleren maar niet iedereen zal hiervoor interesse hebben. Om succesvol te zijn, vereisen deze methoden ook een zekere trainingstijd. Nodig een begeleider uit die ervaring heeft met het geven van trainingen in relaxatie- en ontspanningstechnieken. Laat hem een korte introductie geven en verwijzen naar trainingsmogelijkheden in de regio. Laat ruimte voor het bespreken van vragen en bedenkingen.

Relaties

- Belangrijk is je eigen grenzen te bewaken en te (laten) respecteren. Zelfrespect en een goed zelfwaardegevoel liggen immers aan de basis van gezonde, niet op afhankelijkheid berustende relaties. Laat je hierbij ondersteunen, eventueel met de hulp van een hulpverlener.

- Haal eventueel enkele waarden en normen in partnerrelaties aan: wat kan door de beugel en wat niet?
  - ➢ *Zie draaiboek cliënten: 6.3 (1) Aanvaardbaar of niet?*
- Ruzies komen voor in alle relaties en zijn op zich gezond. Maar hoe maak je op een opbouwende manier ruzie? Geef enkele tips.
  - ➢ *Zie draaiboek cliënten: 6.4 (1) Tips Gezond ruzie maken*

- Ouders weten dikwijls niet wat doen: (altijd) in functie van het kind denken of in functie van zelfzorg? Erken het typische 'ouderinstinct' en de neiging alles voor hun kind te willen doen, maar beklemtoon het belang van zelfzorg.
- Niet-gebruikende gezinsleden krijgen dikwijls (ongewild) minder aandacht. Schenk weer aandacht aan de andere gezinsleden, maak gezamelijk plezier, vier verjaardagen en andere prettige gebeurtenissen, installeer (weer) vaste rituelen,...

Juridische vragen: Weet waar je staat!

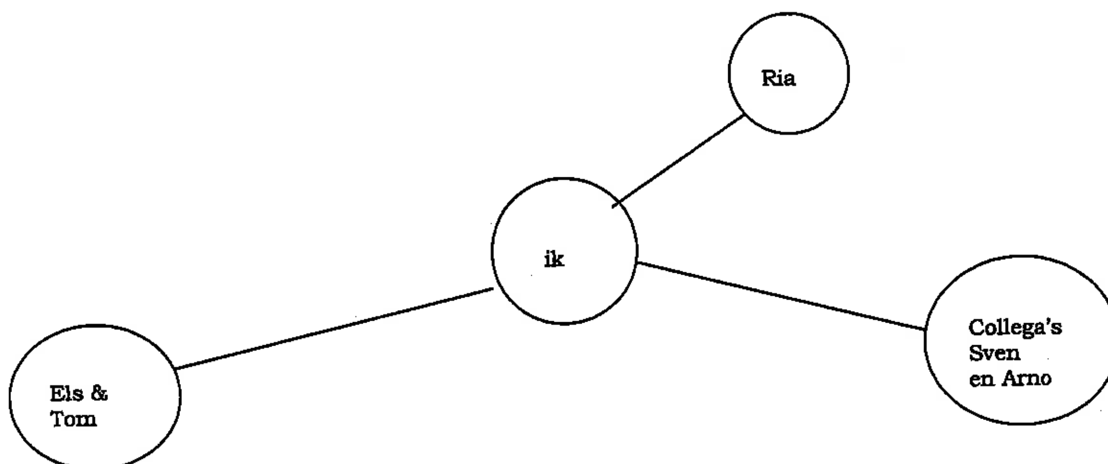
- Om te vermijden dat de gebruiker nog verder je eigen grenzen ontziet, kan het belangrijk zijn jezelf en andere gezinsleden 'veilig' te stellen. Hiervoor is het nodig te weten wat je rechten (en plichten) zijn. Vragen die familieleden beantwoord willen zien, zijn bijvoorbeeld:
  - Hoe zit het met de onderhoudsplicht van ouders ten opzichte van hun kinderen?
  - Wat kunnen de gevolgen zijn wanneer mijn kind nog steeds thuis gedomicilieerd is?
  - Wat gebeurt er als mijn kind/partner/ouder een boete niet onmiddellijk kan betalen? Ben ik dan verplicht deze te betalen?
  - Kan ik de spaarrekening van mijn kind/partner/ouder blokkeren?
- Problematische middelengebruikers komen gemakkelijk met gerechtelijke instanties in contact. Familieleden van gebruikers met justitiële problemen hebben hierover ook heel wat vragen, bijvoorbeeld:
  - Kun je als druggebruiker jezelf verdedigen in de rechtbank?
  - Hoe zit het met pro-deo advocaten: wie, wat, voor- en nadelen,...?
  - Wat zijn de verschillende strafvormen, bvb. de alternatieve maatregelen: wat betekent 'vrij onder probatie', 'straf met uitstel',...?
  - Wat is collocatie of gedwongen opname en hoe verloopt de procedure?
  - Hoe staat het met de psychologische begeleiding in de gevangenis?
  - Wanneer krijg je herstel van je bewijs van goed gedrag en zeden?
- Beantwoord de algemene vragen.
  - ➢ Zie bijlage 4.1 (1) *Zie Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders.* Provincie Oost-Vlaanderen, pag 42-48: *Op de bank bij de jurist.*
- Vele vragen vereisen echter een antwoord op maat omwille van de complexiteit en de gedetailleerdheid van de wetgeving. Verwijs door naar een advocaat, notaris (bvb erfenisrechten), jurist of medewerker van de Jeugdrechtbank/Comité Bijzondere jeugdzorg die met de drugproblematiek vertrouwd is of nodig (een) externe spreker(s) uit, het liefst iemand die werkzaam is in het gerechtelijk arrondissement van de plaats waar de psycho-educatie doorgaat (op het CAT nodigde men bijvoorbeeld advocaat Filip Van Hende uit).

- *Zie bijlage 4.1 (2) Juridische vragen,* uit: Ouderwerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD), VAD, 2004, pag 87-90 Veel van de opgesomde 'veel gestelde vragen' stellen zich ook bij partners, kinderen, broers/zussen.

Specifieke methodieken

Mijn atomium - sociale contacten als een belangrijke vorm van ondersteuning
Bewerking uit: Claessens, J., Damman, C. & Slots, G. Drug, drugger, drugst. Brussel: CGGZ Brussel-Primavera en Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD). Leidraad voor begeleiders, VAD, 2004.

- Leg uit: Door middel van cirkels en verbindingslijnen kan iedereen een 'atomium' tekenen dat weergeeft welke sociale contacten men nu heeft, bij welke contacten men zich goed voelt, of welke contacten een bron van ondersteuning zijn. De bol in het midden is de persoon zelf. Daar rond bevinden zich andere bollen, ver of dichtbij, afhankelijk van hoe dicht of hoe ondersteunend deze persoon voor de persoon in kwestie is. Hierop kan je zien:
    - Welke plaats zoon/dochter/partner/ouders hebben
    - Wie het meest weet over de persoon in kwestie
    - Naar wie men gaat als men zich slecht voelt
    - Wie men wekelijks/maandelijks hoort/ziet?
- Illustreer aan de hand van een concreet voorbeeld, bvb de eigen sociale contacten (fictief) of op basis van casusgegevens die je aan de deelnemers hebt uitgedeeld.



- Geef aan (of herhaal indien thema reeds aan bod gekomen) dat de meeste partner/ouders/kinderen wegens de bekommernis om hun druggebruikend familielid minder aandacht kunnen besteden aan sociale contacten. Of ze ervaren teveel spanningen of druk om naar buiten te treden.
- Leg uit dat men op basis van het huidige atomium kan:
    - Nadenken over hoe men zou willen dat het atomium er over vijf jaar uitziet: welke bollen wil men er bij gekomen zien, welke wil men dichterbij zien staan, welke verder af of welke helemaal verdwenen?

- o De huidige situatie vergelijken met de periode voor het druggebruik van ouder/partner/kind

En illustreer door voort te bouwen op het zojuist getekende atomium.

- Geef hierbij ook suggesties (of laat deze uit de groep komen) op welke wijze men verbetering kan aanbrengen in de sociale contacten: welke kleine stappen kunnen partners/ouders/kinderen van een druggebruikend familielid nu reeds in die richting zetten?

Tijd nemen voor jezelf: ervaringsuitwisseling

Bewerking uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD). Leidraad voor begeleiders, VAD, 2004./ Blyth, A., Bamberg, J., Toumbourou, J.W. (2000). Behaviour Exchange Systems Training. A program for parents stressed by adolescent substance abuse. The Australian Council for Educational Research ltd., Melbourne, Australia.

Voer deze oefening enkel uit wanneer de deelnemers elkaar al wat kennen en er al een vertrouwelijke sfeer is gecreëerd.

- Laat de deelnemers twee of drie dingen opschrijven waarvan ze genieten, waar ze plezier aan beleven, of waar ze vroeger veel van genoten.
- Laat ze daaronder noteren op welke manier ze ervoor kunnen zorgen dat ze die dingen opnieuw of meer gaan doen.
- Vervolg met een uitwisseling in de groep. Zorg bij een gemengde groep voor homogene subgroepjes op vlak van de familiale binding met de druggebruiker 'partner/ouder/kind.
- Deelnemers kunnen door deze ervaringsuitwisseling elkaar motiveren om die leuke dingen terug op te nemen, of meer te doen. Laat ze concrete afspraken maken over wat ze de komende weken (terug) zullen opnemen.
- Bespreek dan tijdens de volgende sessie of het gelukt is, wat het effect op henzelf was en eventueel op hun houding/ gedrag tegenover het druggebruikend familielid.

Lectuur voor de deelnemers

Lectuur voor de deelnemers

Voor veel dichtbetrokkenen kan het verrijkend en dikwijls verlichtend zijn om meer te lezen over een in de sessie behandeld of vermeld topic. Het feit dat erover geschreven wordt, geeft een gevoel van erkenning. En het herkennen van problemen, situaties en reactiewijzen kan steun en een zicht op alternatieven bieden, waardoor de zaken plots anders kunnen bekeken en aangepakt worden.

Wanneer je mensen persoonlijk wilt aanzetten om over iets meer te lezen, dan is het belangrijk om *lectuur 'op maat'* mee te geven.

- Mensen moeten zich direct door het thema aangesproken voelen, dus inspelend op wat er momenteel bij hen sterk leeft. Te algemene info of aspecten die (momenteel) te ver van hun bed liggen, worden immers vlug opzij geschoven.
- Hou ook rekening met de intellectuele mogelijkheden en de interesse en tijd die aan lezen kan gespendeerd worden. Maak lectuuradvies zo persoonlijk mogelijk, je hoeft het niet aan iedereen van de groep mee te geven, tenzij het een onderdeel van je planning van de (volgende) sessie is.
- Maak de stap om te lezen zo klein mogelijk. Raad eerder een specifiek hoofdstuk of concrete paragrafen aan dan het hele boek. Geef de lectuur zoveel mogelijk zelf mee, tenzij opzoekwerk in bibliotheek of boekhandel op zich een betekenisvolle bezigheid kan zijn.

Maak een terugkoppeling van wat mensen gelezen hebben door er in (één van) de volgende sessie(s) op terug te komen, individueel of in groep. Zo kan je checken of de boodschappen begrepen zijn en stel je de mensen in de gelegenheid om bijkomende vragen te stellen of opmerkingen te geven.

Je kan ook *los van een persoonlijk advies* mensen de gelegenheid geven om zelf wat te lezen over de problematiek en hun eigen welvaren hierbij, door een aantal goede boeken, brochures, folders in de wachtplaats te leggen, al dan niet met uitleenvoorziening. Voorzie voor wat courant gelezen/uitgeleend wordt best meerdere exemplaren.

Naast 'papieren' lectuur kan ook verwezen worden naar goede website-adressen. Zet de mensen hierbij zo concreet mogelijk op weg door ook de links te vermelden. Kwestie van te vermijden dat men al vlug de bomen door het bos niet meer ziet!

1) Literatuurlijst

Uit het draaiboek:

den Bakker J.K, *Verslaafd aan de verslaafde? Omgaan met drinkers, druggebruikers en gokkers*, Uitgeverij Kok Kampen, 1997.Forward, S., Emotionele chantage.

Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders. Provincie Oost-Vlaanderen.

Matthys F., *Leven met een verslaafde*, Garant Leuven-Apeldoorn, 2000.

van der Stel J., van der Keuken J., *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening*, Dekker & van de Vegt Assen, 1992.

Extra:

Buelens M., Vermeiren A. *Beter zorgen voor jezelf*, Lannoo Tielt, 2002.

Cuijpers P., Bobier L. *Drankjewel. Zelfhulpgids volwassen kinderen van probleemdrinkers*, Trimbos, 2001.

Dom, G. *Drug-skenner. Wat iedereen moet weten over drugs, tabak, alcohol en medicijnen*, EPO Berchem, 2000.

De Ridder H. *Jongeren, ouders en drugs*, Garant Leuven, 2001.
>>>>>> aantal stellingen die ontschuldigend werken over bvb in contact komen met drugs, het feit dat slechte ouders, evenals slechte vrienden, niet bestaan,...

Getuigenissen van ouders over 'druggebruik binnen het gezin', JIAC, Menen.

Info. Tijdschrift voor Ouders en Verwanten van Druggebruikers, Uitgave LSOVD, Utrecht, verschijnt 4x/jaar (redactie: info@lsovd.org).

Isebaert L., Dumoulin J.P. *Drink wijzer. Een praktische gids voor verantwoord alcoholgebruik.* Leuven, Van Halewijck, 1999.
>>>>>> laatste hoofdstuk: wat kan ik doen?

Miller, A., *Als helpen geen hulp is... Over het goedbedoeld in stand houden van ongewenste relaties en gedrag*, 1991, Uitgave Servire.

Norwood, R., *Vrouwen die te veel liefhebben*, 1989, Uitgave Anthos.

Real, T., *"Ik wil er niet over praten" Verborgen depressies bij mannen, een hoopgevend boek*, 1998, Uitgave Forum.

2) Interessante web-sites

Over alcohol en andere drugs:

http://www.druglijn.be

http://www.bierengezondheid.be

http://www.koap.be (voor kinderen van ouders met alcoholproblemen)

http://www.trimbos.nl en http://www.drugsinfo.nl (de Nederlandse DrugLijn: Drugs Infolijn)

http://www.alcoholvoorlichting.nl (de Nederlandse Alcohol Infolijn)

http://www.drankjewel.nl (voor kinderen van ouders met alcoholproblemen; opsplitsing kinderen –18 jarigen / volwassenen +18 jarigen)

http://www.jellinek.nl

http://www.infor-drogues.be (de Franstalige hulplijn voor drugproblemen: Infor-Drogues)

Over aanverwante thema's:

De Dopinglijn : http://www.wvc.vlaanderen.be/dopinglijn/index2.htm

De Aids- en soatelefoon : http://www.sensoa.be

De Vlaamse Kankertelefoon: http://www.kanker.net/pages/index.htm

De Opvoedingstelefoon: http://www.opvoedingstelefoon.be

Het Antigifcentrum: http://www.poisoncentre.be

Het Centrum ter Preventie van Zelfmoord: http://www.zelfmoordpreventie.be

Tele-onthaal: http://www.tele-onthaal.be

De Kinder- en Jongerentelefoon : http://www.kjt.org

De Holebifoon: http://www.holebifoon.be

Bijlagen

Overzicht bijlagen

Thema 1: Wat moet ik weten over problematisch middelengebruik?

Bijlage 1 *Richtlijnen voor begeleiders*, Uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikers (GROOD). Leidraad voor begeleiders, VAD, 2004, pag 3-37

Bijlage 1.1 (1) *Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders (Provincie Oost-Vlaanderen)*, pag 5
Bijlage 1.1 (2) *Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders (Provincie Oost-Vlaanderen)*, pag 19
Bijlage 1.1 (3) *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening.* van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag 21-22
Bijlage 1.1 (4) *Verslaafd aan de verslaafde?* Den Bakker J.K, 1997, pag 27-29
Bijlage 1.1 (5) *Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders (Provincie Oost-Vlaanderen), pag 5-8*
Bijlage 1.1 (6) *Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders (Provincie Oost-Vlaanderen), pag 20-21*
Bijlage 1.1 (7) *Psychiatrische stoornissen en middelengebruik*, Uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD). Een leidraad voor begeleiders, VAD, 2004, pag 91-92
Bijlage 1.1 (8) *Verslaafd aan de verslaafde?* Den Bakker J.K, 1997, pag 30.
Bijlage 1.1 (9) *Verslaafd aan de verslaafde?* Den Bakker J.K, 1997, pag 31
Bijlage 1.1 (10) *Verslaafd aan de verslaafde?* Den Bakker J.K, 1997, pag 51-57
Bijlage 1.1 (11) *Verslaafd aan de verslaafde?* Den Bakker J.K, 1997, pag 57-58
Bijlage 1.1 (12) *Metafoor: Rivier van verantwoordelijkheden*, Uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD), VAD, 2004, pag 69

Bijlage 1.2 (1) *Gedragsobservatie en signalen van gebruik.* Uit: De Maeseneire I., De Donder E., e.a. Alcohol en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening, Kluwer, 2002

Bijlage 1.3 (1) *Motiverende gesprekstechnieken*, Luc Taccoen. Uit: Broothaerts, Jean-Pierre (red.),Tack, Mark (red.) Verslaving en motivationele gesprekstechnieken. Handboek: het motivationele gesprek, Leuven, Garant, 2001

Bijlage 1.4 (1) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, *pag 85-87*
Bijlage 1.4 (2) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, *pag 80-83*
Bijlage 1.4 (3) *Medische en farmacologische aspecten, detox en crisisopvang, Ansoms S. (Werkwijzer VAD-VVBV)*
Bijlage 1.4 (4) *Farmaca in de behandeling van verslavingen,* van den Brink W., Geerlings P. (deel 1), Psychopraxis, 1 (1) sept 1999 en (deel 2), Psychopraxis, 1 (2) okt 1999

Bijlage 1.4 (5) *Behandeling van problematisch middelengebruik*, Roose N. Uit: De Donder E., De Maeseneire I. e.a Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening, Kluwer, 2002, pag 122-128: Het hulpverleningslandschap.

Thema 2: De impact van een druggebruikend familielid op mijzelf

Bijlage 2.1 (1) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 73

Bijlage 2.1 (2) *Gezinnen onder invloed. Invloedrijke gezinnen. Een programma voor gezinnen met alcoholproblemen, ontwikkeld door de afdeling voor afhankelijkheidsstoornissen 'Ter Dennen' van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen. Draaiboek voor hulpverleners*, VAD, 2002, pag 30.

Bijlage 2.2 (1) *Verslaafd aan de verslaafde?* Den Bakker J.K, 1997, pag 64-69

Bijlage 2.2 (2) *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening. van der Stel J. & van der Keulen J, 1992*, pag 64

Bijlage 2.2 (3) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 73-75

Bijlage 2.2 (4) *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening.* van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag 41-42

Bijlage 2.2 (5) *Sociale en relationele gevolgen van middelenmisbruik.* Uiteenzetting PC Broeders Alexianen Boechout

Bijlage 2.2 (6) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, *pag 25-26*

Bijlage 2.2 (7) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 24

Bijlage 2.2 (8) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 24-25

Bijlage 2.2 (9) *Verslaafd aan de verslaafde?* Den Bakker J.K, 1997, pag 69-75

Bijlage 2.2 (10) *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening.* van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag 42-43

Bijlage 2.2 (11) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 72-75

Bijlage 2.2 (12) *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening.* van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag 44-53

Bijlage 2.2 (13) *Verslaafd aan de verslaafde?* Den Bakker J.K, 1997, pag 10-24

Bijlage 2.2 (14) *Vragenlijst over het kind dat gebruikt*, Uit: Oudergroep CAT, e.a, Draaiboek Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?

Bijlage 2.2 (15) *Ouderbetrokkenheid*, Uit: Oudergroep CAT, e.a, Draaiboek Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?

Bijlage 2.3 (1) *Informatie over stress*, Uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD), VAD, 2004, pag 77-80.

Bijlage 2.3 (2) *Leven met een verslaafde*, Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 32-33

Bijlage 2.3 (3) *Stress-schaal*, Uit: Oudergroep CAT, e.a, Draaiboek Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?

Bijlage 2.3 (4) *Verslaafd aan de verslaafde?* Den Bakker J.K, 1997, pag 80-91

Thema 3: Mijn eigen bijdrage in het veranderingsproces

Bijlage 3.3 (1) *Familiewerking: nazorg,* Uiteenzetting PC Broeders Alexianen Boechout
Bijlage 3.3 (2) *Omgaan met de drinker tijdens opname en behandeling. Tips voor dichtbetrokkenen,* Uiteenzetting Onze-Lieve-Vrouw Brugge
Bijlage 3.3 (3) *Methodiek: Tips voor dichtbetrokkenen*
Bijlage 3.3 (4) *Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders. Provincie Oost-Vlaanderen, pag 44-45*
Bijlage 3.3 (5) *TILD-schema,* Uit: Oudergroep CAT, e.a, Draaiboek Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?
Bijlage 3.3 (6) *Leven met een verslaafde,* Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 38-42
Bijlage 3.3 (7) *Leven met een verslaafde,* Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 83-84

Thema 4: Zorg voor mijzelf en mijn gezin

Bijlage 4.1 (1) *Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders. Provincie Oost-Vlaanderen, pag 42-48*

Bijlage 4.1 (2) *Juridische vragen*, Uit: Ouderwerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD), VAD, 2004, pag 87-90

Richtlijnen voor begeleiders
Uit: *Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikers (GROOD). Leidraad voor begeleiders, VAD, 2004, pag 3-37*

1. Visie en aanpak

1.1. Startpositie van ouders: hoe komen ouders naar de oudergroep?

Ouders die voor de eerste maal naar een groepsbijeenkomst komen, ervaren deze situatie vaak als bedreigend en voelen zich niet erg op hun gemak. Een eerste samenkomst met een groep voelt gewoonlijk niet zo comfortabel aan. Wanneer deze bijeenkomst zich dan ook nog richt op persoonlijke en gezinsproblemen kunnen de spanningen oplopen. Ouders weten niet precies wat er gaat gebeuren, op welke manier zo'n groep werkt en wat van hen verwacht wordt, zelfs als dit in een intakegesprek besproken werd. Ze zitten met emoties en bezorgdheden, waarover ze niet gewoon zijn te praten, en zeker niet in groep.

Voor ouders die geconfronteerd worden met druggebruikende kinderen zijn er heel wat zaken die hun aandacht en inzet vergen. Er is de druggebruiker in het gezin. Ouders worden verondersteld te kunnen omgaan met alles wat hun kinderen doen. Toch voelen ze zich vaak verloren als het om drugs gaat: ze weten niet hoe ze hierop kunnen reageren. Dit maakt hen als ouder onzeker. Het beïnvloedt hen in hoe ze zichzelf als ouder zien. Ouders voelen zich niet enkel onbekwaam om op dat moment op een constructieve manier te handelen maar ze worden plotseling ook geconfronteerd met negatieve gedachten over zichzelf. Drugproblemen veranderen niet alleen het gedrag van de gebruiker, maar ook van de gezinsleden. Ze kunnen uiteindelijk zelfs het functioneren en de gezondheid van het ganse gezin aantasten.

De meeste ouders willen in eerste instantie hulp voor hun druggebruikend kind en niet voor zichzelf. Als het druggebruik stopt, dan zullen zowel de gebruiker als het gezin geholpen zijn. De enige persoon die het druggebruik kan stoppen, is de gebruiker zelf. Hoe hard ouders ook proberen, zij kunnen het druggebruik niet zelf stoppen: het is de jongere die deze keuze gemaakt heeft en er verantwoordelijk voor is. In feite hebben ouders die naar de groep komen al heel wat inspanningen gedaan (bijvoorbeeld gesprekken met de huisarts, met naaste vrienden, informatie over drugs gelezen, allerlei acties naar hun kind om het te doen stoppen met gebruik). Het feit dat ze naar de oudergroep komen, is opnieuw een uiting van hun zoektocht om iets aan het probleem te doen. Zij hebben vaak negatieve gevoelens over zichzelf en de situatie: zij geloven dat ze nog geen stap verder staan. Eigen noden en behoeften hebben ze verwaarloosd. De idee dat je pas dan voor iemand kan zorgen of helpen als je eerst goed voor jezelf zorgt, is een item dat ook in de groep de nodige aandacht verdient.

1.2. Doelstellingen oudergroep

De basisdoelstelling van een oudergroep is dat ouders zichzelf terug zien als competente ouders, dat ze zichzelf beter voelen als persoon en opnieuw vertrouwen hebben in hun ouderlijke rol. Aan de ouders worden handvatten aangereikt om de communicatie met hun kind opnieuw op gang te brengen.

Het is ook belangrijk dat ze zicht krijgen op inspanningen die ze kunnen leveren om het probleembesef bij hun kinderen te vergroten: zo kan de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van het druggebruik grotendeels terug bij hun kinderen geplaatst worden. Dit kan ertoe leiden dat jongeren uiteindelijk ook hulp zoeken voor hun probleem. Jongeren zijn meer gemotiveerd om aan hun druggebruik te werken als de consequenties van dat druggebruik zwaarder beginnen door te wegen en voor henzelf een grotere last betekenen.

Algemeen kunnen we stellen dat groepswerking de ouderlijke competentie wil versterken door emotionele ondersteuning te bieden, door informatie te geven en door kaders aan te reiken waardoor ouders een beter zicht krijgen op hun eigen handelen en het effect daarvan op zichzelf en hun kind.

1.3. Voordelen groepswerking

Groepswerking heeft bijzondere mogelijkheden:

- Ouders realiseren zich dat ze niet alleen staan in wat ze meegemaakt hebben of meemaken. De ervaring dat andere ouders hetzelfde overkomt, kan heel rustgevend zijn. Ze vinden herkenning en daardoor ook erkenning, zodat ze gemakkelijker over hun eigen ervaringen en belevenissen durven praten. Deel uitmaken van een groep vereist betrokkenheid en engagement waardoor het gevoel van isolement kan verminderen.
- Groepswerking heeft een 'ontschuldigend' effect. In groep horen ouders verschillende verhalen, handelswijzen en komen ze zo tot het besef dat dé manier van aanpakken niet bestaat.
- Door het verhaal van anderen te horen, krijgen ouders een meer gedifferentieerde kijk op het probleem. Door zichzelf te spiegelen aan andere ouders kunnen zij ertoe komen zichzelf te observeren en in vraag te stellen: kijken of hun manier van handelen en denken de enige mogelijk is. Ze kunnen ook vaststellen 'dat het bij hen nog niet zo erg is en dat bij hun kind nog een aantal zaken goed verlopen'. De bundeling aan ervaringen biedt ouders veel nieuwe inzichten. Een groepsgerichte aanpak vergemakkelijkt het bekijken van een situatie vanuit verschillende gezichtspunten omdat de inbreng van andere ouders dat als het ware uitlokt.
- Deelnemers kunnen van elkaar leren door bijvoorbeeld feedback te geven, ervaringen en informatie uit te wisselen (bijvoorbeeld nuttige adressen, folders, ondersteunende literatuur, verwijzingen...). Onderlinge feedback ervaren ouders als meer waarachtig. Ouders kunnen zich geïnspireerd voelen door de voorbeelden en ervaringen van andere ouders.
- Het ondervinden van steun van een groep geef zelfvertrouwen. Ook zelf steun bieden zorgt ervoor dat het gevoel van eigenwaarde vergroot. De ouder is niet enkel de geholpene maar ook een helper.
- Deelnemen aan een groep vraagt een bewuste inspanning en betrokkenheid die op hun beurt een nieuw gevoel van motivatie, zingeving, hoop en sterkte geven om met de situatie om te gaan.
- Vriendschappen in de oudergroep kunnen ontstaan: het biedt ouders de mogelijkheid om hun sociaal netwerk uit te breiden of terug op te bouwen.
- Begeleiders ervaren, door de interactie onder de deelnemers, ook een meerwaarde ten aanzien van een individueel begeleidingsgesprek: door het groepsproces krijgen ouders sneller een beter zicht op zichzelf (eigen gevoeligheden, vooroordelen, sterktes, mogelijkheden tot een andere aanpak...).

Uit de ervaringen van andere ouders en die van zichzelf beseffen ze – meer dan in een individueel gesprek met een professionele hulpverlener – dat er een grote kloof kan bestaan tussen wat je als ouder tracht te bereiken en het effect van je handelen op het kind. Een identieke interventie bij verschillende jongeren kan een totaal ander effect hebben.

1.4. Beperkingen groepswerking

- Ouders kunnen op een verschillend niveau van probleemervaring zitten zodat het moeilijk wordt om aan ieders noden te voldoen.
- Deelnemen aan een groep betekent voor ouders dat ze naar buiten treden met hun probleem. Dit verlies aan anonimiteit kan bedreigend zijn.
- Oudergroepen kunnen onderling heel sterk verschillend zijn. De diversiteit van de deelnemers maakt het werken met de groep boeiend. Toch kunnen bepaalde individuele aspecten van de ouders het groepsproces bemoeilijken zoals een afhankelijkheidsprobleem bij één van de ouders, ouders met een psychiatrische problematiek, 'multi-problem-gezinnen', ouders in crisis... Het is aan de begeleider om te bepalen in hoeverre deze individuele problemen hanteerbaar zijn in de groep en in te schatten welk effect dit heeft op het groepsproces.
- Ouders vrezen, door de veelheid van ervaringen die ze van andere ouders te horen krijgen, een veelheid van problemen erbij te krijgen.

1.5. Rol van de externe begeleider: wat moet de begeleider kennen en kunnen?

Uitgangspunten van de begeleider

- Begeleider en ouders hebben een gelijkwaardige positie. Het is de inhoudelijke kennis en de verantwoordelijkheid een groep te begeleiden die de professionele begeleider doet verschillen van de ouder. De begeleider brengt zijn deskundigheid in, met respect voor de onderlinge gelijkwaardigheid in de groep. Om de 'expertenvalkuil' te vermijden, kan de begeleider discussiepunten aanbrengen via derden, bijvoorbeeld door te zeggen dat 'in de vorige groep een moeder vertelde dat...', of door een tekst over het thema te brengen.
- Er zijn verschillende manieren om naar de werkelijkheid te kijken. De waarheid bestaat niet.
- De deskundigheid van de begeleider staat ten dienste van de ouders en sluit aan bij de vragen en behoeften van de doelgroep, of zoals Alice Van der Pas[1] het verwoordt: 'Het is de kunst van wel deskundig zijn, maar niet de deskundige uithangen.'
- Ervaringsdeskundigheid van de ouders is een belangrijke bron van kennis. Zij hebben, wat hun kinderen betreft, de meeste ervaring.
- Elke ouder wil een 'goede' ouder zijn. Alice Van der Pas spreekt over 'het ouderlijk besef van verantwoordelijk-zijn: 'Een ouder zonder besef van verantwoordelijk-zijn belt niet bij ouder-begeleiders aan.

[1] Alice Van de Pas (Nederland) is maatschappelijk werker, ouderbegeleider en gezinstherapeut. Zij is sinds 1992 full time bezig met publiceren over ouderbegeleiding: de bundel 'Ouderbegeleiding – tussen ergernis en bekommernis' en het tiendelige 'Handboek Methodische Ouderbegeleiding.'

Elke persoon daarentegen die zich identificeert als de moeder of vader van kind X of Y, is iemand met besef van verantwoordelijk-zijn'.

Taak van de begeleider

- Veiligheid creëren binnen de groep (zie kader).
- Oog hebben voor gemeenschappelijkheid: vanuit de individuele verhalen zoeken naar gemeenschappelijke thema's.
- Als model fungeren op het vlak van communicatie en interactie in de groep: openheid voor verschillende visies, een luisterende en niet-veroordelende aanpak.
- Ouders stimuleren en ondersteunen in plaats van te beklemtonen wat zij mogelijk verkeerd doen. Inspanningen benoemen en aandacht geven aan hun sterktes en zelfbeschikkingsrecht.
- Evenwicht vinden tussen het groepsbelang en de individuele behoefte van de ouders. Flexibel omgaan met vragen, noden en behoeften van ouders en erop inspelen.
- De last en zorg van de ouder herkennen en deze een plaats geven.
- Oog hebben voor alle ouders en de onderlinge relaties in de groep: aandacht hebben voor de betrokkenheid van elke ouder in het groepsgebeuren; ervaringsuitwisseling stimuleren.
- Oog hebben voor de positieve ervaringen van de ouders. Balans bewaren tussen het delen van moeilijkheden en positieve ervaringen.
- Humor en grappige momenten in de groep brengen, zonder de ouders of hun situatie belachelijk te maken of hun bekommernissen te minimaliseren.
- Professionele deskundigheid inbrengen waar nodig.
- De groepsleden geleidelijk aan meer autonomie geven (daar waar een groep in de beginfase meer nood heeft aan houvast en sturing).

Een veilige sfeer creëren

Om interactie en een maximaal leereffect te bekomen, is het nodig een veilige omgeving te creëren die tegelijkertijd bevorderlijk is voor het nemen van risico's (praten over eigen ervaringen, emoties en moeilijke situaties). Daarbij kunnen volgende houding en aanpak een hulp zijn:

- Tijd nemen voor een persoonlijke begroeting van ouders en een rustige start.
- Tijdens de eerste sessie tijd voorzien om de werkwijze van de groep te verduidelijken, de doelstellingen te expliciteren, te zeggen wat er verwacht wordt van de ouders (geen verplichting om alles te vertellen over de thuissituatie, mogelijkheid om eigen ervaringen, vragen, thema's naar voor te brengen...), afspraken rond vertrouwelijkheid en geheimhouding te maken.
- Bij de start van de oudergroep werken met subgroepjes: de kans vergroten dat elke ouder zijn inbreng kan doen en zich een plaats in de groep kan verwerven.
- Herkennen van gevoelens en houding. Ervaringsuitwisseling stimuleren.
- Een niet-veroordelende houding bevorderen, bijvoorbeeld door uitspraken zoals 'verschillen mogen er zijn, we moeten niet allen hetzelfde denken en doen, de perfecte ouder bestaat niet (het 'goed genoeg ouder zijn'), we kunnen van elkaar leren...'
- Respect voor ieders inbreng.

Twee begeleiders[2]

De begeleider van oudergroepen moet heel wat vaardigheden en kennis bezitten, bijvoorbeeld vaardigheden rond groepswerk en communicatie, kennis over drugs en druggebruik, effecten en behandeling. De begeleider moet ook flexibel kunnen inspelen op de noden van de deelnemers. Daarom is het aangewezen het groepswerk met twee personen te begeleiden.

Werken met twee begeleiders heeft een aantal voordelen, zowel voor de begeleiders zelf als voor de ouders. Het vergt wel extra voorbereidingstijd en overleg tussen de begeleiders. Beide begeleiders hebben immers elk een eigen werkstijl, voorkeur voor bepaalde methoden en ideeën over groepswerking. Essentieel is dat bij de samenwerking de verschillen gebruikt worden om een zo optimaal mogelijk groeps- en leerklimaat te scheppen en zo aanvullend mogelijk te werken.
Deelnemers zijn heel gevoelig voor de onderlinge communicatie en relatie tussen de trainers. Een slechte relatie tussen de begeleiders kan de werking en het functioneren van een oudergroep sterk verstoren: de deelnemers voelen zich minder op hun gemak (veiligheid!), de geloofwaardigheid van de begeleiders komt in het gedrang (begeleiders als 'model') en er ontstaat mogelijk een kloof tussen de groep en de begeleiders.

Voorwaarden om met twee begeleiders aan de slag te gaan:

- Een goede inhoudelijke voorbereiding, duidelijke taakafspraken (wie doet wat, tijdsbeheer, procesbewaking, inhoud, logistiek) en heldere wederzijdse verwachtingen (kan de co-begeleider aanvullingen geven zonder dat dit bij de andere begeleider als corrigerend of betuttelend overkomt, welke ondersteuning verwacht je van elkaar als je bijvoorbeeld geconfronteerd wordt met 'lastige' situaties...).
- Wederzijds expliciteren van eigen doelen en werkmethoden (wanneer ben je tevreden als begeleider, wat is je didactische stijl, hoe sturend ga je te werk, gebruik je humor, hoe flexibel ga je om met het vooropgestelde programma...).
- Kennis van eigen en andermans sterktes en zwaktes als begeleider, zowel op inhoudelijk vlak als op het vlak van groepsprocessen.
- Eensgezindheid over filosofie en aanpak (bijvoorbeeld visie op het begeleiden van ouders, de doelstellingen van de oudergroep, de taak van de begeleider...), maar aanvullend als begeleider op persoonlijk en/of deskundigheidsvlak. Je kan voor trainers van verschillend geslacht kiezen (herkenbaarheid voor zowel vaders als moeders), een jonge en oudere begeleider, een begeleider die ervaring heeft met jonge druggebruikers samen met een begeleider die ervaring heeft in het werken met ouders...
- Vertrouwen in de kwaliteiten en deskundigheid van de andere en respect voor ieders aanpak.
- Bereidheid om te leren van de andere begeleider, ook al heeft hij bijvoorbeeld minder ervaring en is hij jonger.
- Geen gevoelens van concurrentie tussen de twee begeleiders (bijvoorbeeld het beter willen doen dan de co-begeleider, of beter willen overkomen bij de groep).

[2] Oomkes, F.R.. (1992). Training als beroep. Sociale en interculturele vaardigheden. Meppel/Amsterdam: Boom.

Als aan de basisvoorwaarden is voldaan, heeft het werken met twee begeleiders een aantal voordelen:

- Leerrijk: je leert van elkaar, bijvoorbeeld hoe je co-begeleider met vragen van ouders omgaat, hoe hij bepaalde methodieken hanteert, specifieke deskundigheid op inhoudelijk vlak... Als er een goede relatie is tussen de begeleiders kan er gemakkelijker feedback gegeven worden naar ieders inbreng, wat terug een leermoment is om je kwaliteiten als begeleider uit te breiden. Ook tijdens het groepswerk kan je elkaar ondersteunen of van elkaar het heft overnemen wanneer één van de twee de situatie niet meer overziet.
- Meer afwisseling voor jezelf en de deelnemers: je hoeft niet alles zelf te doen, maar je kan taken verdelen, die inhouden kiezen die je beter liggen (of juist een taak/inhoud kiezen waarin je min-der deskundig bent, en daardoor meer ervaring opbouwen met een co-begeleider als ondersteuning), afwisselen tussen inhoudelijke taken en bewaken van het groepsproces, of de meer praktische taken...
- Meer mogelijkheid tot aanvaarding en begrip: het kan soms gebeuren dat een bepaald gedrag of een bepaalde communicatiestijl van een ouder je irriteert of dat je dit als storend ervaart; een co-begeleider kan dit gedrag vanuit een ander perspectief bekijken en als minder of niet storend ervaren. Dit kan je eigen kijk op die ouder en zijn gedrag verruimen; je leert dit gedrag vanuit een andere invalshoek bekijken en begrijpen.
- Werken in subgroepen wordt eenvoudiger: twee begeleiders kunnen meer directer aandacht geven aan de begeleiding en opvolging van subgroepjes.
- Continuïteit: als de begeleider wegens ziekte of andere onvoorziene omstandigheden uitvalt, kan dit als gevolg hebben dat er een langere tijdsspanne tussen twee sessies is. Werken met twee begeleiders kan dit probleem opvangen.

Werken met twee begeleiders geeft wel een hoger kostenplaatje: dubbele tijdsinvestering tijdens de sessies, én bijkomende voorbereidingstijd om elkaars aanpak, begeleidersstijl en deskundigheid te leren kennen.

2. Een open of gesloten oudergroep?

2.1. Gesloten groepen met externe begeleiding

Onder gesloten groepen verstaan we groepen die een beperkt aantal keren samenkomen.
Het aantal samenkomsten is vooraf bepaald en varieert meestal tussen de vier en de acht maal. Eenmaal de groep gestart, kunnen geen nieuwe deelnemers aansluiten.

Aandachtspunten

- Aandacht voor werving van deelnemers: omdat gesloten groepen slechts kunnen starten als er zich voldoende ouders hebben aangemeld, is werving een belangrijk aandachtspunt. Ouders die te lang moeten wachten op een eerste bijeenkomst, haken af. Bij open groepen is dit in mindere mate het geval omdat de groep een tijdlang loopt en ouders op elk moment kunnen aansluiten.
- Bij een vastgelegd aantal samenkomsten hebben de begeleiders meestal een afgelijnd programma voorbereid. Dit is noodzakelijk maar tegelijkertijd is het ook een valkuil: individuele verwachtingen van ouders kunnen hierdoor uit het oog verloren worden. Bij de eerste bijeenkomst is het daarom aangewezen de verwachtingen van de deelnemers te expliciteren en indien nodig het programma hieraan aan te passen of er rekening mee te houden (en ernaar te verwijzen) tijdens de volgende bijeenkomsten.
- Bij de start van elke sessie tijd en ruimte voorzien voor de eigen inbreng van ouders: gebeurtenissen die zich ondertussen hebben voorgedaan, vragen waarmee ze blijven zitten... en die ze graag in de groep willen brengen.
- Omdat een gesloten groep inhoudt dat de ondersteuning via de groepswerking slechts voor een beperkte periode is, is het zeker relevant om tijdens de bijeenkomsten aandacht te hebben voor aanwezige hulpbronnen bij ouders. Bij welke personen kunnen ze terecht met hun verhaal? Bij welke diensten/organisaties in de regio kunnen ze hun vragen kwijt? Ook 'zorg voor zichzelf' is een belangrijk aandachtspunt: hoe kunnen zij, ondanks de zorgen en inspanningen om hun kind, voor zichzelf blijven zorgen?

Bij een gesloten groep kan het voorkomen dat ouders na het beëindigen van de sessies spontaan afspreken om op eigen houtje verder te blijven samenkomen. Een andere mogelijkheid is dat na het 'gesloten groepsaanbod' vanuit de organisatie een open groep opgericht wordt.

2.2. Open groepen met externe begeleiding

Onder open groepen verstaan we groepen die over een langere periode (minimum een jaar of langer) en op vaststaande tijdstippen samenkomen en waarbij ouders op gelijk welk moment kunnen aansluiten of wegblijven.

Aandachtspunten

- Bij een open groep heb je kans op een steeds wisselende samenstelling. Nieuwe deelnemers die aansluiten, kunnen zich tijdens de eerste bijeenkomsten onwennig voelen. Ze kunnen ook als bedreigend overkomen voor de bestaande groep. Een goede introductie van de nieuwe deelnemer in de bestaande groep is essentieel en bouwt vertrouwen op. De groepsleden moeten er op voorbereid zijn dat het noodzakelijk is bij elk nieuw lid een korte voorstelling van zichzelf te geven: wie zijn ze, wat doet hen naar de groep komen, wat houdt hen soms van de groep weg? Vertellen waarom ze aan de groep deelnemen, behoort tot het proces van het opbouwen van een veilige vertrouwelijke sfeer en het uitwisselen van persoonlijke informatie.
Het is normaal dat een 'nieuwkomer' tijdens de eerste bijeenkomsten niet veel tussenkomt in de groepsdiscussies.
Aan het eind van de bijeenkomst kan het interessant zijn de nieuwkomers te vragen hoe zij zich voelen, of ze wensen terug te komen en wat andere groepsleden kunnen doen opdat ze zich echt op hun gemak zouden voelen.
- Een bestaande groep heeft al een heel groepsproces achter de rug. Heel wat ervaringen zijn uitgewisseld. Men kent elkaar. De communicatie verloopt dikwijls nogal direct. Er wordt vlugger advies of commentaar gegeven. Een nieuwkomer kan dit advies als té direct, eenzijdig of hard ervaren (bijvoorbeeld: op de vraag om een jongere al dan niet uit huis te zetten wordt onmiddellijk 'ja' of 'nee, zeker en vast niet' als antwoord gegeven). De begeleider kan vragen aan de ouder om het proces dat aan dit advies vooraf gaat ook te verduidelijken, bijvoorbeeld door de eigen situatie te schetsen en te vertellen hoe ze tot dit besluit gekomen zijn, welke vragen en twijfels bij hen leefden.
- Het is belangrijk regelmatig aanwezig te zijn, niet alleen voor de deelnemer zelf maar ook als ondersteuning van de andere groepsleden: een groep kan enkel goed functioneren als de leden regelmatig aanwezig zijn. Het verwittigen van de groep bij niet-deelname en de reden ervoor, kan heel wat vragen of bezorgdheden wegnemen bij de anderen. Als dit niet gebeurt, kan de begeleider contact opnemen met de deelnemer en de gegeven (relevante) info terugspelen naar de groep. Er zijn verschillende redenen waarom ouders op een bepaald moment wegblijven: praktische redenen of de ouder heeft, na één of twee bijeenkomsten, het gevoel nog niet klaar te zijn voor deelname. Het kan ook zijn dat de deelnemer het moeilijk heeft met de manier waarop de groep functioneert. Dit kan een interessant signaal of uitgangspunt zijn om de werking van de groep met de deelnemers grondig te bespreken. Het kan ook zijn dat deelnemers wegblijven omdat ze thuis met extra moeilijkheden geconfronteerd worden. Op dat moment heeft de ouder meer dan ooit steun nodig. De begeleider kan contact houden (telefoontje, e-mail, kaartje...), mede om een eventuele terugkeer naar de oudergroep te vergemakkelijken.
- Met de nieuwe deelnemer kan vooraf een gesprek gehouden worden waarin de formele en informele regels van de groep besproken worden. Afspraken over 'geheimhouding' moeten daarin zeker aan bod komen (zie ook hoofdstuk 3.2.).
- De vorming van subgroepjes (zeker bij oudergroepen die al langer werkzaam zijn) is bijna een natuurlijke ontwikkeling binnen het groepsproces: ouders gaan na de bijeenkomst nog samen iets drinken, ze delen een auto of maken daarbuiten nog afspraken. Opdat deze subgroepjes niet bedreigend zouden overkomen op de rest van de groep is het belangrijk dat het bestaan van deze subgroepjes ook gekend is, zodat er niks

heimelijks aan is en er in de grote groep over gepraat kan worden. Ouders mogen niet het gevoel hebben uitgesloten te worden.

2.3. Open groepen zonder externe begeleiding (zelfhulpgroepen)

Zelfhulpgroepen zijn open groepen waarvan de begeleiding meestal in handen is van een ervaringsdeskundige. Hier betekent dit dat de begeleider van de groep een ouder is die de problemen met een druggebruikend kind zelf meegemaakt heeft.

Voordelen

- Deel uitmaken van een groep die gebaseerd is op lotgenotencontact (versus professionele hulpverlening) en hierin ook de nodige verantwoordelijkheid opnemen, kan heel versterkend werken naar de individuele participerende ouder ('empowerment'). Door zelf actie te ondernemen en oplossingen te zoeken voor de situatie kan de ouder gesterkt worden in zijn mogelijkheden en zelfwaardegevoel.
- Deelnemers komen er heel expliciet om elkaar te ondersteunen en/of ondersteuning te ontvangen van ouders in een gelijkaardige situatie. De idee een gemeenschappelijke inspanning te leveren door te participeren aan een groep waarin men niet kan terugvallen op de deskundigheid van een externe professionele begeleider, kan de individuele ouder een groter gevoel geven ook iets te betekenen voor de anderen in de groep.
- Omdat de deelnemers betrokken zijn bij de organisatie en het verloop van de zelfhulpgroep kunnen zij vaardigheden en bekwaamheden ontwikkelen, en vaak ook deskundigheid bij zichzelf ontdekken (bijvoorbeeld de vaardigheid om een groepsgesprek te leiden, uitnodigingen te maken, contacten te leggen met externe sprekers...).
- Sommige ouders hebben – door negatieve ervaringen of door bepaalde veronderstellingen – een zekere angst voor om het even welke vorm van professionele begeleiding. Een zelfhulpgroep kan een waardig alternatief zijn.

Beperkingen

- Door de afwezigheid van een externe begeleider wordt vaak meer tijd besteed aan het uitwisselen van (negatieve) ervaringen en verhalen. Na afloop kunnen de groepsleden zich nog angstiger of depressiever voelen dan voorheen. Een overdosis negatieve ervaringen zorgt voor een neerwaartse spiraal en versterkt gevoelens van hopeloosheid. Een externe begeleider kan de balans tussen het vertellen van de eigen ervaringen en last enerzijds en de kijk op wat wel nog goed loopt anderzijds, in evenwicht brengen.
- Het kan zeer beangstigend zijn om ervaringen te horen over ernstigere drugproblemen dan de eigen situatie. Vooral in groepen waar de deelnemers een erg verschillende beleving van de ernst van het drugprobleem hebben, bestaat het risico dat sommige deelnemers de indruk hebben dat hen nog veel te wachten staat en dat hun situatie enkel nog kan verslechteren. Hoe genuanceerd hiermee wordt omgegaan, hangt grotendeels af van de persoonlijke vaardigheden van de deelnemers en/of de voortrekker van de zelfhulpgroep.

3. Start en ontwikkeling van groepswerking

3.1. Werving

Als een organisatie of dienst wil starten met een oudergroep besteedt men heel wat tijd aan de inhoudelijke voorbereiding en de uitvoering ervan. Begeleiders zijn enthousiast over hun aanbod, en des te meer teleurgesteld als blijkt dat ouders niet massaal inschrijven.
Vaak kan een groepswerking pas starten als zich voldoende ouders hebben aangemeld. Wanneer de organisatie op het vlak van opvoedingsondersteuning nog geen traditie heeft of nog onvoldoende gekend is bij mogelijke doorverwijzers of bij ouders, kan dit soms lang aanslepen. Veel organisaties en diensten die dit groepswerk aanbieden, hebben dit niet als hoofdtaak en zijn bij de mogelijke doelgroep nog niet gekend als dienst waar je als ouder laagdrempelig steun kan vinden. Ook de tijdsgeest waar 'het individuele' meer centraal staat, is niet erg bevorderlijk om een oudergroep als eerste mogelijkheid te kiezen.

De bekendmaking van het aanbod, een belangrijk onderdeel van de voorbereiding, wordt vaak wat stiefmoederlijk behandeld. Gebrek aan tijd en ervaring zijn hier meestal de oorzaak van. Het is soms moeilijk te verantwoorden veel tijd en energie te stoppen in bekendmakingsactiviteiten waarvan je als organisatie niet onmiddellijk de concrete resultaten ziet.
Doordat de doelgroep heel specifiek is – namelijk niet alle ouders maar enkel die ouders die te maken hebben met druggebruikende kinderen (eventueel nog verder te specificeren: ouders van experimenterende jongeren, ouders van afhankelijke jongeren, laagopgeleide ouders, allochtone ouders...) –, is het geen gemakkelijke klus om een bekendmakings- of wervingsstrategie te ontwikkelen.

Bij de doelgroep zelf zijn ook een aantal belemmeringen aanwezig:
- Doordat deze ouders vaak al heel wat kritiek van de buitenwereld kregen, isoleren ze zich soms.
- Ouders geven hun anonimiteit niet makkelijk prijs. Er is de angst dat misschien de collega of buurvrouw ook aanwezig is in de oudergroep of misschien ziet iemand hen wel binnenstappen in de organisatie of instelling? (Om zulke confrontaties te vermijden, gebeurt het dat ouders zich aansluiten bij een groepswerking in een andere stad dan in de eigen gemeente).
- Ouders in een gelijkaardige situatie ontmoeten is niet onmiddellijk hun grootste behoefte. In eerste instantie willen zij dat hun kind stopt met gebruik.

Een aantal mogelijkheden tot bekendmaking op een rijtje:
- Netwerking (of zich integreren in bestaande netwerken) met andere instellingen in de regio zodat men gerichter en met kennis van zaken kan doorverwijzen, niet enkel voor dit aanbod maar ook voor andere diensten die men in de verschillende organisaties aanbiedt.
- Contacten leggen met belangrijke verwijzers en sleutelfiguren (CLB, huisartsen, OCMW, CAW...). Dit is meer dan het doorgeven van een bekendmakingsfolder: voorzie ook tijd om je aanpak te verduidelijken en uit te leggen hoe je aanbod kan aansluiten bij (en ondersteuning geven aan) hun werk. Dit kan gebeuren door persoonlijke contacten, en ook door aanwezig te zijn op hun overlegmomenten. De bekendmakingfolder kan als schriftelijke ondersteuning dienen.

- Bekendmaking bij politiediensten, in eerste instantie bij de dienst voor slachtofferhulp en bij de jeugdpolitie.
- Bekendmaking via regionale week- of reclamebladen. Dit geeft niet altijd het verhoopte succes (vaak eenmalige aankondigingen). Eventueel kan in overleg met diensten of instellingen uit de regio een gezamenlijke rubriek 'ouders' verzorgd worden, waarin een organisatie zichzelf voorstelt, of waarin het aanbod van een dienst in de kijker staat.
- Bekendmaking naar een ruimer publiek via het plaatsen van bekendmakingfolders in bijvoorbeeld bibliotheken, dienst bevolking van de gemeente, culturele centra.... Dit heeft niet onmiddellijk een effect op het aantal inschrijvingen, maar het kan ouders sensibiliseren voor de problematiek. Dit vergemakkelijkt later de stap naar een groep.
- Mond-aan-mond-reclame door ouders is een belangrijke vorm van werving. Dit kan slechts als er al voldoende sessies achter de rug zijn en als ouders het groepswerk als positief evalueren.
- Aanbod bekendmaken bij de DrugLijn en Tele-onthaal.

Schriftelijke bekendmaking bereikt vooral de middenklasse en de hoger opgeleide ouders. Voor laag opgeleide of allochtone[3] ouders moet gewerkt worden met de specifieke sleutelfiguren of diensten die met deze doelgroepen werken (bijvoorbeeld buurtwerk, zelforganisaties, integratie-centra). Een mondeling of persoonlijk contact is hier aangewezen. Bij allochtone ouders is het belangrijk om te informeren of er rekening gehouden wordt met de opvoedingswaarden van hun cultuur en of de begeleider hun taal spreekt.

3.2. Keuze doelgroep en praktische organisatie

Uit de inventaris van groepswerkingen voor ouders van druggebruikende kinderen (VAD, 2002) blijkt dat sommige initiatiefnemers bij de keuze van de doelgroep 'ouders van...' specificeren welke ouders zij precies beogen. Dit kan zowel op het vlak van de mate of frequentie van gebruik (bijvoorbeeld ouders van regelmatige gebruikers of van zwaar afhankelijke gebruikers...), op het vlak van het soort 'genotsmiddel' (bijvoorbeeld geen ouders van heroïneverslaafden of juist wel, ouders van kinderen die alcohol misbruiken of een gokprobleem hebben...). Sommige groepswerkingen vermelden dat zij zich niet enkel richten naar de ouders maar ook naar grootouders of broers of zussen van gebruikers.
De keuze om de doelgroep verder te specificeren is niet om ouders uit te sluiten maar wel vanuit de idee om een zo homogeen mogelijke groep samen te stellen. Op die manier verhoogt de onderlinge herkenbaarheid. Alle ouders met een hulpvraag hebben recht op ondersteuning. Ouders die niet beantwoorden aan de doelgroepomschrijving worden ofwel door individuele begeleiding ofwel door verwijzing naar andere groepswerkingen verder ondersteund. Vandaar ook het belang van een regionaal overzicht.

[3] Meer informatie over allochtone ouders en opvoedingsondersteuning:
Cornelis, E., Perneel, J.& Lin Pang, Ching. *Opvoedingsondersteuning en allochtone ouders*. Brussel: Steunpunt allochtone meisjes en vrouwen.

Organisatie en aantal bijeenkomsten

Uit de inventaris van groepswerkingen voor ouders van druggebruikende kinderen blijkt dat het aantal bijeenkomsten varieert van organisatie tot organisatie. Gesloten groepen komen vier tot acht maal samen. Bij open groepen zie je heel wat permanente groepswerkingen die één tot twee maal per maand samenkomen. Vooral de zelfhulpgroepen werken met dit laatste aanbod.
In een aantal organisaties kan je als ouder eerst terecht in een gesloten groep met een beperkt aantal bijeenkomsten (vier à vijf) om daarna mogelijk door te stromen naar de open groep die minder frequent samenkomt. Op die manier kunnen ouders zelf bepalen of ze de verdere ondersteuning van een groep wensen.

Groepsgrootte

Er is geen vast aantal deelnemers: het aantal aanwezigen kan variëren van zes tot veertien personen. Afhankelijk van het feit of er één of twee begeleiders zijn, kan je voor een kleinere of grotere groep kiezen.

Voorwaarden of criteria

Als we terug de inventaris bekijken, zien we dat heel wat groepswerkingen een aantal deelname-voorwaarden gemeenschappelijk hebben. Meestal wordt een kennismakingsgesprek tussen ouder(s) en begeleider vooropgesteld. De bedoeling hiervan is dat de begeleider de groepswerking voorstelt en dat de ouders vertellen over hun kind, wat ze reeds meegemaakt hebben, wat hun verwachtingen naar de groep zijn enzovoort. Samen wordt bekeken op welke manier de groepswerking kan aansluiten bij die verwachtingen en noden van de ouder. Zoals elders reeds vermeld is de hoofdverwachting van de ouders vaak dat zij leren hoe ze hun kinderen kunnen doen stoppen met gebruik. Het intakegesprek kan verduidelijken waarom aan deze verwachting niet voldaan kan worden.

Een voorwaarde die vaak terugkomt, is de geheimhoudingsplicht van de deelnemers aan de oudergroep. Dit is essentieel voor elke groep waar persoonlijke informatie en problemen uitgewisseld worden. Deelnemers moeten er zeker van kunnen zijn dat alle informatie binnen de groep blijft. Ze dienen zich hiervoor ook te engageren. Dit betekent bijvoorbeeld dat er geen namen van deelnemers doorgegeven worden aan iemand buiten de groep.

Een vaak genoemde voorwaarde is dat ouders bereid zijn om naar de ervaringen van andere ouders te luisteren en hun ervaringen te delen met de groep. Bij dit laatste moet uiteraard rekening gehouden worden met het feit dat praten in een groep niet zo evident is voor elke deelnemer en dat deelnemers de nodige veiligheid moeten ervaren alvorens dit kan gebeuren.

Uitnodigen van beide ouders

Het is belangrijk dat beide ouders worden uitgenodigd op de groepswerking, maar dat ze vanuit de begeleiding geen druk ervaren om allebei aanwezig te zijn. Indien één van beide partners niet wenst deel

te nemen, kan dit de indruk wekken dat hij of zij niet betrokken is bij het drugprobleem van zoon of dochter. Dit is echter niet altijd zo: misschien voelt één van beiden zich minder aangesproken door de manier van werken in een oudergroep of heeft hij of zij het moeilijk om de deelname aan een oudergroep naar buiten toe –collega's, vrienden – te verwoorden of een plaats te geven. Ook kunnen praktische omstandigheden (werk, kleinere kinderen) verhinderen dat beide ouders deelnemen aan de groep. Nadruk leggen op het belang van participatie van beide ouders kan dan aanleiding geven tot (meer) spanningen in het gezin.

De eerste bijeenkomst

Zoals reeds beschreven bij 'een veilige sfeer creëren' is het belangrijk dat ouders zich welkom voelen in de groep. Begeleiders verwelkomen elke deelnemer persoonlijk.
Tijdens de eerste sessie worden de afspraken die binnen de groep gelden nog eens overlopen en besproken. Duidelijk gecommuniceerde afspraken vormen de basis voor vertrouwelijkheid in de groep en hebben een positieve betekenis.

Bij het begin van de eerste bijeenkomst worden enkele zaken overlopen:

- praktische informatie (begin- en einduur, pauzes, aanwezigheid)
- voorstellen van de begeleider(s) en hun rol/taak in de groep
- doelstellingen van de groep
- werkwijze van de groep (onder andere uitwisseling van ervaringen, thema's die aan bod komen, mogelijkheid tot inbreng van de ouders op het vlak van vragen, thema's...)
- verwachtingen naar de ouders toe (geheimhouding, respect voor ieders mening, ouders bepalen autonoom wat ze over zichzelf en hun situatie willen inbrengen in de groep, luisteren naar elkaar...)

Indien ouders, los van de oudergroep, de mogelijkheid hebben voor een individueel gesprek met de begeleider of een andere vorm van ondersteuning, wordt dit ook vermeld.

Deelnemersmap

Deelnemers hebben vaak graag wat tekst of literatuur om na de sessies nog eens door te nemen. Een deelnemersmap kan hierop een antwoord bieden. In eerste instantie kan dit het programma, de praktische afspraken, namen van de begeleiders... bevatten. Tijdens de volgende sessies kan de deelnemersmap aangevuld worden met artikels uit kranten, tijdschriften, boeken (die aansluiten bij het besproken thema van die avond), brochures (onder andere productinformatie, wetgeving...), een boekenlijstje over onderwerpen die ter sprake gekomen zijn enzovoort. Ook artikels, uitspraken, gedichten die de ouders zelf aanbrengen, kunnen een interessante aanvulling zijn.

3.3. Kennismakings – en opwarmingsoefeningen

Kennismakingswerkvormen

Bij de start van een groep kan er bij de deelnemers heel wat onzekerheid leven over wie de andere mensen in de groep zijn: wat voor mensen zijn het, wat is hun achtergrond, welke problemen hebben zij met hun kind, waarom nemen ze deel aan deze groep...?
Een goede kennismakingsoefening kan heel wat van deze vragen wegnemen. Zeker bij een kleine groep (acht à twaalf personen) kan dit gemakkelijk mondeling verlopen. Toch moet men erover waken dat dit rondje niet tè lang aansleept omdat de kans groot is dat bij de laatste die aan de beurt is, er weinig of geen aandacht meer is.

Voorbeelden

- ***Interview***
  De deelnemers maken met elkaar kennis in duo's (personen die elkaar reeds kennen, worden niet bij elkaar geplaatst). Dit kan aan de hand van een aantal vragen, zoals: hoe heet je, hoeveel kinderen heb je, welk kind heeft er problemen, wat zijn je bezorgdheden omtrent dit kind, wat verwacht je van deze groep...? Daarna stellen deelnemers hun gesprekspartner voor in de grote groep.

- ***Foto's***
  Voor deze oefening kan gebruik gemaakt worden van het VAD-materiaal 'Drugs ingeblikt' (zie catalogus in bijlage, of www.vad.be/documentatie). Ook andere tekeningen of foto's uit tijdschriften zijn hiervoor geschikt. De deelnemers kiezen een foto die ze bij zichzelf vinden passen en stellen zich aan de hand hiervan voor.

- ***Stickers***[4]
  De deelnemers krijgen elk vijf stickers waarop ze beknopt iets over de eigen situatie schrijven:
  sticker 1: leeftijd, geslacht en druggebruik van het kind
  sticker 2: grootste moeilijkheden, bezorgdheden
  sticker 3: eigen gevoel als ouder
  sticker 4: verwachtingen naar de groep
  sticker 5: kwaliteiten van het kind
  Vervolgens worden de stickers per thema op een blad gekleefd en krijgt elke ouder een kopie van deze bladen. Zo krijgt iedereen een overzicht van de verschillende verhalen van de andere ouders. Nu kunnen de ouders zichzelf voorstellen aan de hand van de verschillende stickers. Deze voorstellingswijze creëert al meteen een gevoel van gemeenschappelijkheid tussen de ouders, doordat de overeenkomsten tussen de verschillende situaties meteen in het oog springen. Deze oefening kan, zelfs bij een beperkte groep, veel tijd in beslag nemen. Dit kan opgelost worden door niet alle thema's

[4] Van Reybrouck, T. & Van Coillie, K. (2002). *Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind. Draaiboek groepen voor ouders van kinderen met een verslavingsproblematiek.* Gent: CAT.

de eerste sessie te bespreken (bijvoorbeeld enkel sticker één en twee) maar de voorstelling ervan te spreiden over de verschillende bijeenkomsten.

- ***Vraagstelling***

Aan de deelnemers wordt gevraagd om even na te denken over twee vragen:

- Wat heeft u gemotiveerd om naar hier te komen?

(of: Wat maakte het voor u gemakkelijk om naar hier te komen?)

- Wat maakte het moeilijk om naar hier te komen?

Deelnemers geven hierop een antwoord in de plenaire groep. Zo kunnen belangrijke bezorgdheden, weerstanden of verwachtingen reeds geformuleerd worden.

- ***Sleutelbos***

Aan de hand van de eigen sleutelbos (elke deelnemer kiest een sleutel) vertelt elke deelnemer over een bepaalde sleutel: welke betekenis die heeft in zijn leven of waarvoor die staat.

- ***Uitwisselen van gevoelens***

Elke deelnemer krijgt een lijst met daarop een reeks gevoelens (zie bijlage 1) en kiest hieruit twee of drie gevoelens die ze het meest bij zichzelf herkennen. De keuze van gevoelens wordt in de groep besproken. Bij de opdracht kan een onderscheid gemaakt worden tussen gevoelens tegenover het komen naar deze groep, de thuissituatie, het kind.

- ***Peilen naar verwachtingen***

Elke ouder schrijft op een blad papier de voor hem drie belangrijkste onderwerpen, vragen, gevoelens... die zeker aan bod moeten komen tijdens de groepswerking. In kleine groepen worden deze verwachtingen uitgewisseld. De bladen worden bezorgd aan de begeleider(s).

Opwarmingsoefeningen

Bij de start van elke sessie kan een specifieke opwarmingsoefening gekozen worden om de groep in stemming te brengen of de aandacht op een specifiek onderwerp te richten. Dit creëert veiligheid en het vergroot de kans dat elke deelnemer zich direct betrokken voelt bij de groep.

Voorbeelden

- ***Starters***

  ⏩ Iets noemen waarvan je vindt dat je het deze week goed hebt aangepakt

  ⏩ Associaties maken rond een bepaald woord of begrip, bijvoorbeeld: drugs, adolescentie, hulpverlening, de 'ideale ouder'...

  ⏩ Korte meningenlijst (zie bijlage 2) overlopen: zeggen of je het eens of oneens bent met een bepaalde mening

  ⏩ Twee eigenschappen opschrijven waarvan je vindt dat ze bij je passen, en dit kort toelichten in de groep

  ⏩ Korte tekst of gedicht voorlezen (kan meegebracht worden door een deelnemer)

  ⏩ Metafoor of citaat (zie bijlage 3) bespreken: aan de deelnemers wordt een eerste reactie op het voorgelezene gevraagd (aan welke personen of situaties doet het hen denken en waarom)

  ⏩ Vertellen wat je allemaal gedaan hebt voor je naar de groepsbijeenkomst kwam

  ⏩ 'Bingo' (zie bijlage 4)
  Deelnemers bevragen elkaar. Als iemand positief antwoordt op een vraag, kan men zijn naam in het juiste vakje plaatsen. Wie vijf verschillende namen op een rij (verticaal, horizontaal of diagonaal) heeft, roept 'Bingo!' en mag stoppen. Als drie à vier mensen klaar zijn, wordt de oefening beëindigd. Diegene die eerst klaar was, mag beginnen met zichzelf voor te stellen. De anderen mogen aanvullen met de antwoorden op de bingokaart die ze van deze persoon kregen.

- ***Inleiding tot een bepaald thema***

  ⏩ Receptie
  De ouders staan in groep (zoals op een receptie). De begeleider introduceert een thema, bijvoorbeeld: adolescentie. De ouders krijgen de opdracht na te denken over hun eigen adolescentie. Vervolgens praten de ouders onderling over dit thema. Ze gaan op zoek naar een gelijkend verhaal. Ten slotte zoeken ze nog een tweede ouder met wie ze een tweede ervaring of herinnering gemeenschappelijk hebben. De ouders nemen terug plaats in de kring, maar in een zodanige opstelling dat zowel links als

rechts van elke ouder een deelnemer zit met een overeenkomstige verhaal. De begeleider doet een plenair rondje en vraagt de deelnemers naar hun gemeenschappelijk verhaal.

⏩ 'Morgen drinken we sangria aan de Costa del Sol' (zie bijlage 5) (een oefening om meningen van ouders over alcohol- en druggebruik te leren kennen)
De ouders krijgen zes situaties en rangschikken ze van één tot zes, waarbij één de voor hen minst gevaarlijke situatie is en zes de gevaarlijkste. Daarna worden de resultaten besproken in de grote groep. Hierbij wordt de nadruk gelegd op het feit dat er geen goede of foute antwoorden zijn. Elke mening heeft bestaansrecht. Tijdens deze oefening komen de verschillende meningen en impliciet ook waarden en normen aan bod, en dit op een niet bedreigende manier. Deelnemers geven hun mening over situaties die niet onmiddellijk tot hun ervaringen behoren. Dit wil echter niet zeggen dat deelnemers hun eigen ervaringen hier niet kunnen inbrengen of als referentiekader gebruiken.

3.4. Omgaan met moeilijke situaties in de oudergroep

In de loop van de groepswerking kunnen zich situaties voordoen die voor de deelnemers en de begeleider spanningen teweegbrengen en de veilige sfeer in de groep hypothekeren. Ook kunnen er situaties of personen zijn waarmee de begeleider het moeilijk heeft.

Casus

Het betreft een open groep voor ouders van kinderen die langdurig en intensief drugs gebruiken. Gedurende het laatste jaar bestaat de groep gemiddeld uit vijf à zes deelnemers. Drie van deze deelnemers komen al verschillende jaren naar de groep. De groepsleden komen om de drie weken samen gedurende twee uur. Gespreksonderwerpen worden door de deelnemers zelf bepaald. De begeleider bewaakt het groepsproces, stelt bijkomende vragen en geeft informatie waar nodig.

Moeder: Anna, vijftig jaar, alleenstaand, gescheiden. Ze komt reeds een jaar naar de groep, maar onregelmatig en vaak te laat. Ze heeft gezondheids- en financiële problemen, weinig sociale contacten.
Zoon: Luc, dertig jaar, enig kind, niet meer inwonend, zwaar druggebruik, agressief, financiële problemen.

In de groep neemt Anna ontzettend vaak het woord. Ze buigt het verhaal van andere ouders om, om zelf terug aan het woord te komen. Ze klaagt aan één stuk door. Advies van anderen negeert ze. Ze heeft het vaak over haar behoefte aan een partner, haar (vroeger?) alcoholgebruik, en hoe moeilijk het is om uit haar situatie te geraken. Ook wil ze telkens uitweiden over het verloop van haar lichamelijk ziekteproces en andere onderwerpen die niet direct ter zake doen.
De andere ouders reageerden aanvankelijk positief op Anna: luisterden naar haar verhaal, stelden vragen, gaven adviezen. Na een tijdje merkt de begeleider meer en meer irritatie bij de andere groepsleden als Anna (op een dwingende manier) het woord neemt: argwanende blikken onderling, stellen geen vragen meer aan Anna, beginnen verveeld rond te kijken, teruggetrokken lichaamshouding, herhalen hun adviezen maar op een meer geïrriteerde wijze ('Waarom heb je mijn raad nog niet opgevolgd…?').

Aanpak van de begeleider:

- *Elke ouder iets over Anna's verhaal/situatie laten zeggen en daarna vragen of ze iets heeft aan deze adviezen of wat ze ervan meeneemt.*
- *Verwijzen naar vroegere afspraak: belangrijk dat iedereen aan het woord komt.*
- *De inhoud van Anna's verhaal herformuleren tot een gemeenschappelijk thema voor de groep en dit bespreken, zoals: 'de last die je nog in je leven draagt, naast de drugproblemen van je kind'.*
- *Aan de groep vragen wat je ervaart bij anderen als je je verhaal in de groep brengt. Als een ouder de indruk heeft dat er weinig of geen reacties komen, kan aan de ganse groep gevraagd worden waarom er op sommige verhalen niet of weinig gereageerd wordt. (Mogelijke antwoorden: men weet niet goed op welke manier ze hierop het best kunnen reageren, het verhaal is te ingrijpend, de situatie is niet herkenbaar, ouders voelen zich machteloos...)*
- *Bij de start van de groepssessie elke ouder drie kaartjes (=inbreng) geven: de deelnemers selecteren zelf wat ze tijdens deze drie beurten willen zeggen.*

Moeilijke situaties voor de groep (deelnemers en begeleider)

Ouders zijn bijzonder kwetsbaar wat de opvoeding van hun kind betreft en elke uitspraak over opvoeden wordt makkelijk gehoord als een aanval of kritiek op hun aanpak (zonder dat dit zo bedoeld was). Een ouder geeft bijvoorbeeld de opmerking: 'Ik zorg ervoor dat de kleding van mijn zoon altijd proper gewassen in de kast ligt zodat zijn kledij er tenminste verzorgd uitziet.' Andere ouders kunnen zich bij deze onschuldige uitspraak gaan afvragen hoe dat bij hen zit: 'Mijn dochter loopt er niet netjes bij. Misschien moet ik er ook voor zorgen dat haar kledij meer gewassen wordt. Zorg ik wel genoeg voor haar?' Of de ouder wil bewijzen dat hij of zij ook 'een goede ouder' is door bijvoorbeeld te stellen dat je beter je kind zelf verantwoordelijk laat zijn voor zijn kleding omdat je het anders te veel verwent.

Andere voorbeelden

- Een ouder neemt voortdurend het woord en/of laat andere ouders niet uitpraten.
- Een ouderpaar maakt elkaar verwijten.
- Ouders weigeren een bepaalde opdracht uit te voeren of nemen nauwelijks deel aan de discussies.
- Een ouder maakt een kwetsende opmerking tegenover een andere ouder.

Er is geen eenvormige aanpak over hoe je hierop het best kan reageren en er zijn ook geen pasklare oplossingen.
Achterliggende oorzaken van het ontstaan van moeilijke situaties kunnen divers zijn: een ouder heeft het gevoel dat hij niet begrepen wordt, wil bewijzen aan de begeleider en de andere ouders dat hij een 'goede' ouder is of ervaart bepaalde opmerkingen in de groep als kritiek op de eigen inspanningen of aanpak.
Een uitgangspunt is dat elke reactie dient te gebeuren vanuit respect voor de ouders, zo authen-tiek mogelijk moet zijn en tegelijkertijd ondersteunend naar de ouders en hun deelname aan de groep.

Moeilijke situaties voor de begeleider

Een situatie kan ook moeilijk zijn voor de begeleider omdat hij het lastig heeft met de manier waarop ouders beschrijven hoe ze omgaan met hun zoon of dochter, hun kijk op opvoeden... Soms kunnen andere waarden en normen hier aan de basis liggen. Het is dan ook belangrijk om als begeleider stil te staan bij eigen ergernis: wat precies ergerde je, welke emoties en gedachten kwamen er los, hoe ben je met de lastige situatie omgegaan, wat was het effect op de ouder en op de groep, hoe kan of wil je hier in de toekomst mee omgaan? Het is goed om je als begeleider bewust te zijn van je eigen kijk op opvoeden en hoe dit je interactie met de groep eventueel kan beïnvloeden. Je moet niet elk gedrag van ouders goedkeuren, maar wel oog en respect hebben voor de achterliggende gevoelens (vaak gevoelens van onmacht of wanhoop).

Vervelende opmerkingen hebben niet altijd met de persoon van de begeleider te maken maar wel met het feit dat ouders het gevoel hebben dat men hun persoonlijke situatie onvoldoende begrijpt.

Bij elke reactie op een moeilijke situatie moet er telkens gekeken worden welk effect dit heeft enerzijds op de ouder in kwestie en anderzijds op het functioneren van de groep.

In het algemeen is het raadzaam een moeilijke situatie niet te negeren. Negeren kan ertoe leiden dat de ouder zich nog meer afzijdig gaat houden, zich totaal niet begrepen voelt, nog meer in de verdediging gaat, of dat de groepsleden het gevoel hebben dat de begeleider niet deskundig genoeg is om ermee om te gaan.

Als eerste mogelijke reactie is het raadzaam te tonen dat je de ouder gehoord en begrepen hebt. Dit kan kort gebeuren. Gevoelsreflecties kunnen hierbij een hulp zijn. Bijvoorbeeld: een ouder zegt dat 'hulpverlening' niet werkt. Een mogelijke reactie kan zijn: 'Je bent ontgoocheld in de hulpverlening. Je verwachtingen zijn niet uitgekomen en je hebt het gevoel dat ze jou geen stap verder geholpen hebben.' De situatie verbreden of veralgemenen door ook de andere ouders hierover te bevragen is een mogelijkheid om met individuele opmerkingen om te gaan: 'Jij hebt die ervaringen met hulpverlening. Wat zijn de ervaringen van de andere ouders?' Je kan eerst meer informatie of een verduidelijking van de ouder vragen: 'Wat bedoel je precies met 'hulpverlening werkt niet'?'. Er kan gepeild worden naar identieke ervaringen bij de andere ouders ('Denkt iedereen hier zo over?'). En eventueel kan dit uitgebreid worden naar het thema 'Wat of wie heeft jou als ouder wel geholpen, wat zijn jouw hulp- of steunbronnen, hoe kan deze groep een hulp voor jou betekenen?'. Een waaromvraag is niet aangewezen en kan het effect hebben dat de ouders hun standpunt nog meer verdedigen en je proberen te overtuigen van hun gelijk.

De begeleider kan niet op alle moeilijke situaties uitgebreid ingaan. Dit is afhankelijk van verschillende factoren:

- De inhoud van de opmerking: is die relevant voor de ganse groep? Komt dit later nog ter sprake? (Je kan dan een afspraak maken om hiervoor op een later tijdstip tijd vrij te maken).

▸ De groep: is de groep bereid om hieraan tijd te besteden, is het gestelde probleem niet te zwaar, staan de andere ouders hiervoor op dit ogenblik open, of is het beter dit met de ouder apart door te praten?
▸ Het tijdstip: is er voldoende tijd om er nu uitgebreid op in te gaan, komen andere zaken die belangrijk zijn voor de andere deelnemers niet in het gedrang?

Groepswerk als leerproces

Hoe kan je er als begeleider voor zorgen dat ouders zich zoveel mogelijk ondersteund voelen en hoe kan je hun gedrag of kijk op het probleemgedrag van de jongere eventueel wijzigen?

Er zijn vijf pijlers die hierbij richtinggevend kunnen zijn:

1. Nood aan veiligheid

Dit is noodzakelijk om over de eigen situatie te kunnen praten. De volgende punten zijn hierbij belangrijk:
▸ Afspraken: tijdens het intakegesprek wordt reeds een aantal regels vastgelegd zoals respect voor ieders mening, geheimhouding, elkaar laten uitspreken... Het is belangrijk deze afspraken regelmatig te herhalen, ernaar te verwijzen en ze te concretiseren in de omgang tussen begeleiders en deelnemers en deelnemers onderling.
▸ Duidelijkheid: wat gaan we doen, op welke manier, welk thema?
▸ Uitgangspunt 'de waarheid bestaat niet': reacties (gedrag), emoties, waarden en normen/cognitie mogen verschillen.
▸ Werkvormen: bij moeilijke thema's zorg je voor veilige structuren, bijvoorbeeld een veilige groepsindeling of het gebruik van bekende werkvormen. De moeilijkheidsgraad van thema's en werkvormen dient systematisch te worden opgebouwd (starten met veilige thema's die gemakkelijk gedeeld kunnen worden met anderen).
▸ Oog hebben voor kleine storingen: in een groep komen vaak kleinere storingen voor die kunnen wijzen op een te delicaat thema, een thema dat slecht geformuleerd is of te veraf staat.

2. Nood aan vrijheid

Dit betekent dat ouders de vrijheid hebben om zelf te bepalen wat ze in de groep vertellen. Als begeleider is het belangrijk om te bewaken dat ouders het gevoel hebben zelf te kunnen beslissen om al dan niet deel te nemen aan bepaalde opdrachten of discussies. Anderzijds moet je hen ook motiveren om zoveel mogelijk deel te nemen. Dit doe je door voldoende veiligheid in te bouwen in de keuze van gespreksthema's en oefeningen (bijvoorbeeld bij een opdracht of discussievraag formuleert elke ouder een antwoord op papier, maar het al dan niet mondeling naar voorbrengen in de groep is hun eigen keuze).
Als ouders voortdurend opdrachten weigeren of niet deelnemen aan de discussie kan dit storend zijn voor de andere ouders. Je kan met de ouders bespreken wat het moeilijk maakt om de opdracht uit te voeren of de vraag te beantwoorden, en toetsen wat eventueel gewijzigd moet worden aan de opdracht.
Laat in de groep merken dat niet iedereen hetzelfde hoeft te denken, en dat verschillen in standpunten een meerwaarde zijn. Wissel met een zwijgzaam groepslid in een pauze of achteraf enkele informele

opmerkingen uit en probeer zo contact te maken. Of ga bij discussies de kring rond zodat iedereen aan bod komt.

3. Nood aan bekrachtiging en beloning

De inspanningen die ouders leveren om naar de groep te komen en hun betrokkenheid kunnen hen opnieuw een gevoel van sterkte geven om met de situatie van hun kind om te gaan. De bekrachtiging van het feit dat zij door hun deelname aan de groep ook zelf steun bieden aan andere ouders, zorgt ervoor dat het gevoel van eigenwaarde vergroot, wat hun betrokkenheid bij de groep nog versterkt. Evaluatievragen aan het eind van elke bijeenkomst kunnen dit proces stimuleren (bijvoorbeeld: 'Waaraan heb je tijdens deze bijeenkomst iets gehad?' 'Wat ik meeneem van deze avond is...').

4. Nood aan bruikbaar modelgedrag

Het woord 'model' mag hier niet geïnterpreteerd worden als 'goed' of 'ideaal'. Ouders kunnen van elkaar leren als ze zich enerzijds herkennen in andere ouders qua stijl, gedrag en context (bijvoorbeeld ervaren van dezelfde 'last', dezelfde moeite hebben om de verantwoordelijkheid voor het druggebruik bij zoon of dochter te laten, moeilijk kunnen praten met hun kind...) en er anderzijds toch voldoende verschillen zijn qua aanpak en kijk. Deze verschillen nodigen uit om na te denken over de eigen aanpak
De keuze voor een sterk heterogene groep (bijvoorbeeld ouders van beginnende gebruikers samen met ouders van afhankelijke gebruikers) vergt heel wat inspanning van de begeleider om de gemeenschappelijkheid en de herkenbaarheid onderling aan bod te laten komen.

5. Inzicht in zichzelf en het eigen gedrag

Ouders kunnen hun gedrag pas wijzigen of iets aan hun relatie of communicatie met de jongere veranderen als ze begrijpen hoe gedrag werkt, als ze inzicht krijgen in hun huidig functioneren als ouder en in hun relatie en communicatie met hun kind. Als je als begeleider hieraan wil werken, kan je onder andere uitspraken doen die tonen dat je begrip hebt voor de gevoelens van de ouder en die ook respecteert (gevoelsreflecties, bijvoorbeeld begrip uiten voor de gevoelens van wanhoop of machteloosheid die achter een bepaald gedrag van de ouder schuilen). Een ouder die zich begrepen en niet afgewezen voelt, is eerder te motiveren om na te denken over een andere aanpak. Voelt een ouder zich als persoon aangevallen of geïsoleerd, dan zal de bereidheid om stil te staan bij het eigen gedrag minimaal zijn.

Noot

Een bruikbare methodiek (ook visie) voor het begeleiden van groepen is de Thema Gecentreerde Interactie (TGI). Belangrijk in deze aanpak is het voortdurend zoeken naar evenwicht (balanceren) in aandacht voor de groepsleden individueel (de individuele ouder met al zijn vragen, inspanningen, nood aan erkenning), de onderlinge interactie (interactie tussen de ouders in de groep), de keuze van een gemeenschappelijk thema en de omgeving die de groep beïnvloedt of waardoor zij beïnvloed wordt (onder andere thuissituatie van de ouders, hun werk- of leefomgeving…).
De Thema Gecentreerde Interactie is ontwikkeld door de psychoanalyste dr. Ruth Cohn. Deze benadering ontstond vanuit de individuele hulpverlening en therapie, maar kreeg vooral toepassing op het gebied van vorming aan jongeren en volwassenen.

3.5. Evaluatie

Het is belangrijk om de mening van de ouders over de groepswerking te kennen: zijn hun verwachtingen ingelost, zijn de doelstellingen van de groepsbijeenkomsten bereikt?
Je kan op verschillende manieren evalueren. We geven hier een aantal voorbeelden.

Aan het eind van elke bijeenkomst

Aan het eind van elke bijeenkomst kan telkens een korte evaluatie gebeuren. Op die manier krijgt men zicht op wat wel of niet geapprecieerd wordt door de individuele ouders. Hiermee wordt rekening gehouden bij de volgende sessies.

- De deelnemers een gerichte vraag stellen, waarop ze kort kunnen antwoorden.
  Voorbeelden
  - Geef een positief en een negatief punt van deze bijeenkomst.
  - Waaraan heb je tijdens deze bijeenkomst iets gehad?
  - Welk cijfer zou je aan deze bijeenkomst geven?
  - Wat ik meeneem van deze avond is…, wat ik hier laat, is ……….. (ouders vullen aan)
  - Het aangenaamste moment van deze bijeenkomst vond ik ………(ouders vullen aan)

- De deelnemers om beurten laten reageren op verschillende vragen over de bijeenkomst.
  Voorbeelden
  - Als deze bijeenkomst een maaltijd was, wat voor een maaltijd zou het dan zijn en met welke ingrediënten?
  - Als deze bijeenkomst een vervoermiddel zou zijn, wat voor een vervoermiddel zou het dan zijn?
  - Als deze bijeenkomst een tuin zou zijn, wat voor tuin zou het dan zijn, met welke plantensoorten?
  - Als deze bijeenkomst een tv-programma zou zijn, wat voor een tv-programma zou het dan zijn?

- Gebruik maken van foto's of een lijst met gevoelens (zie hoofdstuk 3.3.): elke ouder kiest een foto (of gevoel uit de lijst) die (dat) het best weergeeft hoe hij of zij zich voelt na de bijeenkomst.

Aan het eind van een reeks bijeenkomsten

Schriftelijke evaluatie

- De begeleider gebruikt evaluatievragen die peilen naar de bereikte doelstellingen van de groepswerking en het voldoen aan de verwachtingen van de ouders.
  Mogelijke richtvragen:
  - Hoe tevreden ben je over de groepsbijeenkomsten (cijfer van één tot tien)?
  - Waaraan heb je het meest gehad?
  - Waarmee had je het moeilijk?
  - Wat heb je gemist?
  - Wat vond je van de aangeboden informatie?
  - Welk effect hebben de groepsbijeenkomsten op jezelf en de relatie met je zoon of dochter?
  - Op welke manier heeft het bijwonen van de oudergroep je op de één of andere manier geholpen?
  - Wat is je mening over de begeleiding? (deskundigheid, begeleiding groepsdiscussie, verdeling van aandacht...)
  - Welke suggesties heb je nog voor de begeleiding?
  - Wat vond je van de praktische organisatie van de oudergroep? (duur, frequentie, groepsgrootte, tijdstip, onthaal...)
  - Zou je deze groepsbijeenkomsten aan andere ouders met druggebruikende kinderen aanraden?

Dit kunnen open vragen zijn. Het voordeel is dat mensen zich vrijer voelen om te antwoorden. Nadeel is dat er meer tijd gaat naar zowel het invullen als het verwerken van de gegevens. Gesloten vragen met gestructureerde antwoordmogelijkheden vormen een alternatief.

Een voorbeeld van evaluatieformulier, gebruikt voor een voor- en nameting, is de tevredenheidsvragenlijst uit BEST (Behavioural Exchange System Training), een Australisch trainingsprogramma voor ouders met druggebruikende kinderen. Belangrijke doelstellingen van dit programma zijn het verminderen van stress, angst en schuldgevoelens bij ouders en hen ondersteunen in het adequaat omgaan met hun druggebruikend kind (zie bijlage 6).

Mondelinge evaluatie

- Mondeling rondje waarbij de deelnemers aangeven wat zij van de groepsbijeenkomsten vonden en wat het voor hen als ouder betekende.

- De boom (zie bijlage 7)[5]: de deelnemers geven aan waar ze aan het begin van de sessies stonden (met welk mannetje ze zich identificeren) en waar ze staan aan het einde ervan. (Deze werkvorm kan ook gebruikt worden als afsluiter van één bijeenkomst.

- Stickeroefening: als bij de kennismaking gewerkt werd met stickers (zie hoofdstuk 3.3.), kunnen de deelnemers aangeven of er voldaan is aan de verwachtingen die ze bij de start geformuleerd hebben.

[5] Centrum Informatieve Spelen (1999). *Intercultureel Spelenboek*. Leuven: co-uitgave van Centrum Informatieve Spelen, NICW, J&P Partners.

4. Uit de praktijk: een groepsbegeleider vertelt over zijn houding en aanpak

Herbert Jenaer, CAD Limburg

Bij individuele begeleidingen gaat het er altijd om dat hulpverleners en cliënten met elkaar in relatie treden met het oog op verandering/beïnvloeding van problemen waar de cliënt mee zit.
Bij groepsbegeleidingen komt daar de verscheidenheid van interacties tussen de deelnemers bij. Het werkmiddel van de begeleider is in elk geval 'relatie aangaan' van mens tot mens. Als de basis van die relatie(s) goed gelegd is, ontstaat er openheid en ruimte om over dingen na te denken.

Over wie gaat het?

1. Mensen met angst voor maatschappelijke veroordeling

Ouders die zichzelf kenbaar maken aan een hulpverlener als 'ouders van' hebben hiermee voor zichzelf een hele stap gezet. Er rust bij de meeste mensen nog altijd een zeer groot taboe op drugs. Als je ouder bent van iemand die drugs gebruikt, wordt door veel mensen al vlug gezegd of gedacht dat je je kind verkeerd hebt opgevoed. En zelfs als niemand in de omgeving dat zegt, denken ouders dit vaak van zichzelf. De angst om hiervoor maatschappelijk veroordeeld te worden is zeer groot. Naar een groepsbijeenkomst gaan en ervoor uitkomen is een nog grotere stap: 'Ga ik niemand bekend ontmoeten, zal niemand het verder vertellen, zal ik niet het buitenbeentje zijn dat van de anderen of van de begeleider te horen krijgt dat ik het verkeerd aangepakt heb?'

Houding en aanpak

De moed van ouders om hulp te zoeken verdient het grootste respect want zij stellen zich uitermate kwetsbaar op. Het is bij aanvang van de eerste sessie goed om hierover iets te zeggen of de vraag te stellen: 'Hoe (moeilijk) was het voor u om de stap naar hier te zetten?' Focussen op de vaststelling dat er meerdere deelnemers zijn aan de oudergroep die allen met gelijkaardige gevoelens zitten, stelt mensen gerust. Een aantal goede groepsafspraken omtrent geheimhouding en wederzijds respect mogen evenmin ontbreken.
Natuurlijk zit onder die angst om met de vinger te worden nagewezen een nog veel dieper gevoel: schaamte. Het is als begeleider goed om dit voortdurend te beseffen vooraleer je jezelf waagt aan al te confronterende uitspraken.

2. Mensen die vinden dat ze gefaald hebben in de opvoeding

Ouders van druggebruikers zitten vaak met schuldgevoelens. 'Ik had meer tijd moeten maken voor hem, had ik maar meer met haar gepraat, ik heb te veel verwend, ik ben te streng geweest, ik heb te veel zakgeld gegeven, ik had hem niet mogen laten omgaan met die kerels, ik heb te laat gezien dat er iets aan de hand was enzovoort.' Ouders vinden zichzelf vaak onrechtstreeks verantwoordelijk voor het druggebruik van hun kind en stellen daarom hun eigen opvoedingskwaliteiten in vraag. Sommige druggebruikers appelleren erg scherp op dat verantwoordelijkheidsgevoel: 'Ge hebt mij zelf op de wereld gezet, dus moet

ge nu maar voor mij zorgen ook.' Ouders zitten hier erg mee en vrezen de beschuldigingen van andere mensen en dus ook van de begeleider of de andere groepsleden.
Dat dit zeer gevoelig ligt, blijkt trouwens ook uit het feit dat veel ouderpartners met elkaar in de clinch gaan over wat de 'juiste' aanpak is. Ouders die hierover met elkaar conflicten hebben, zijn extra kwetsbaar want ze voelen zich door de ander – die hun toch zo lief is/was – flink in de steek gelaten of onderuit gehaald. Soms verwachten ze van de begeleider of van de andere groepsleden hun gelijk te halen en zijn ze teleurgesteld als ze dat niet krijgen.

Houding en aanpak

- *Een grote valkuil is dat je als begeleider zou uitpakken met al dan niet pedagogisch onderbouwde theorieën over de opvoeding van kinderen. Ouders zitten al met de idee dat ze het verkeerd gedaan hebben. Dus als je begint uit te leggen hoe het dan wèl moet, bevestig je dit en gelijktijdig hun grote angst dat ze onkundig zijn. We hebben allemaal wel theorieën over 'consequent zijn, grenzen stellen, geen detective spelen...'. Laat ze achterwege, zeker in het beginstadium van een begeleiding. Het vraag- en antwoordspel tussen ouders en begeleider is hier een veel voorkomende variant van en dus niet onschuldig! Heel veel telefonische vragen om 'informatie' hèbben dit addertje onder het gras maar soms zijn het oòk verdoken vragen om het 'gelijk', bijvoorbeeld: 'Dat en dat is gebeurd, wat moet ik nu doen?' Als ouders mekaar bekritiseren om mekaars aanpak kun je door 'pedagogische' uitleg te gaan geven niet langer onpartijdig (of liever meerzijdig partijdig) zijn. In groepen kan dit alleen maar splijtend werken: het goeie en het slechte kamp. Als je uitvoerig ingaat op hun strijd met elkaar verandert de inhoud van de begeleiding: het gaat niet meer om de ouder-kind relatie maar om de partnerrelatie. Soms kàn het opportuun zijn hier eveneens op in te gaan maar dan is het nodig om beide zaken apart te benoemen. Het spreekt voor zich dat het bespreken van specifieke partnerrelatieproblemen niet thuishoort in de groep tenzij het om gemeenschappelijke dingen zou gaan.*

- *Probeer alle ouders in de groep voldoende te waarderen in hun eigen aanpak want er bestaat geen standaard goeie opvoeding die voor elk kind gepast is en onderstreep ieders inspanning en goede bedoeling. Nodig hen steeds weer uit om die inspanningen te vertellen zodat zij weten dat je hen daarin gezien hebt als volwaardige ouder. Door deze houding consequent en ook naar bekvechtende ouders te presenteren onderstreep je dat er verschillende waardevolle waarheden zijn die mekaar kunnen aanvullen. Je kan ook aangeven – en vaak wordt dat door andere groepsleden al gedaan – dat zij niet de enigen zijn die daarover met elkaar strijd leveren en dat dit begrijpelijk is, want zij zien elkaar en hun kind graag. Maar in élke aanpak zitten er belangrijke waarden. De kunst van opvoeden zit vaak in het goed kunnen verzoenen van de waarden van beide ouders... Als je mensen wil helpen met hun 'pedagogische mankementen', help hen dan in eerste instantie bewuster om te gaan met hun eigen waarden en inzichten. Het is dàt waar mensen thuis op terugvallen en niet op een wetenschappelijke theorie.*

- *De groep gewoon laten praten over schuldgevoelens is waardevol. Het doet veel ouders deugd om ook andere ouders bezig te horen over hun fouten en hun schuldgevoelens en het werkt enigszins ontschuldigend. Toch zijn er ouders die geen ontschuldiging of verontschuldiging van hun fouten wensen, maar de behoefte juist voelen hun eigen aandeel precies te onderzoeken, en waar mogelijk*

herstelpogingen te ondernemen. Dit dient dan als startpunt voor hun verwerkingsproces dat zij een kind hebben dat drugs gebruikt. Als begeleider kan men dan best waakzaam zijn of die zoektocht naar eigen fouten op zich dan weer geen valkuil wordt. Ouders van druggebruikers hellen soms over naar oververantwoordelijk worden ten aanzien van hun kind. Ze gaan bijvoorbeeld dingen uit zijn handen nemen of zichzelf permanent financieel tekort doen om hun kind te 'helpen'. Zo krijg je (opnieuw?) een scheve balans. Een vraag die begeleiders dan kunnen stellen is of de steun die ouders geven wel in verhouding is tot de schuld waar ze mee zitten en niet tot het schuldgevoel. En wat wellicht nog belangrijker is: is de manier waarop zij hun 'schuld' inlossen wel aangepast aan de behoeften van hun kind of maken ze het hun kind op termijn juist moeilijker om op eigen benen verder te kunnen?

- *Probeer af te zwakken dat ouders de belangrijkste factor zijn in het gegeven of hun kinderen al dan niet drugs gebruiken. Ze zijn wel belangrijk qua betekenis – het zijn immers ouders – maar als het puur gaat over 'wel of geen drugs nemen' spelen andere invloeden zoals leeftijd- en lotgenoten een belangrijke rol. Ouders kunnen wel proberen om samen dat kleine stukje 'invloed' zo optimaal mogelijk te maken. Soms leren groepsleden wel iets van elkaar op dit 'strategische' vlak. Ouders hebben meer kans om invloed uit te oefenen als het gaat om de sfeer en de intimiteit van het contact dat ze met hun kind onderhouden. Volgehouden inspanningen op dat vlak lonen zich meestal sneller en doen deugd als lichtpunt in een vaak erg negatief verhaal. In elke groep zijn er wel mensen die hierover kunnen getuigen. Het is niet omdat het gedrag niet onmiddellijk verandert, dat dit wil zeggen dat hun inspanning zinloos is geweest. Verandering vraagt toegenomen bewustwording en dit kost tijd.*

3. Mensen die een heel sterk appel doen op de begeleider

Een ander fenomeen dat voortvloeit uit de idee gefaald te hebben is dat sommige ouders heel sterk appel doen op de begeleider: 'Ik ben er zelf niet in gelukt, maar ik wil wel mijn kind helpen. Doet gij het dan, en liefst snel en drastisch!' De hulpverlener moet zoon of dochter 'redden', opbellen voor een afspraak, ongevraagd op huisbezoek gaan, hem/haar confronteren, de urine controleren, hem/haar eens uitvragen en die informatie dan doorgeven enzovoort. Wanneer dit bij een of meerdere groepsleden het geval is, zuigt dit op dat ogenblik ontegensprekelijk alle aandacht op van de begeleider. Het gevoel dat hierachter zit, is vaak: 'Ik heb al zoveel geprobeerd, dat heeft me al zoveel moeite gekost en niets heeft geholpen dus kom nu niet af met flauw gebabbel, actie wil ik, ingrijpende actie waarvan ik onmiddellijk het effect wil zien met name: stoppen met druggebruik'. Er zitten hierin minstens twee componenten: a) schrik dat de begeleider zou denken dat zij niet genoeg gedaan hebben voor hun kind en dus geven ze 'richtlijnen' mee om zo hun ervaring te demonstreren en b) een ongelooflijk grote honger naar effect, naar vat krijgen op hun kind.

Houding en aanpak

Als het niet louter gaat om een soort paniekreactie van ouders (zie verder: punt 4), dan lijkt het aangewezen om actief luisterend op hun appel in te gaan, bijvoorbeeld: 'Jullie zijn echt compleet ten einde raad, merk ik, dan moet je wel al héél veel geprobeerd hebben'. Vraag hier eens op door, vraag voorbeelden of als mensen aflopen als een wekker: probeer je hier eens echt in in te leven en zonder enige moeite zal je zelf en ook de andere groepsleden de feedback kunnen geven dat het enorm is wat ze al gedaan hebben en meegemaakt. Het geeft niet dat andere groepsleden dit mee 'moeten aanhoren',

integendeel. Veelal herkennen zij zich erin en kun je – als dit al niet zelf spontaan gebeurt – uitnodigen om zelf voorbeelden te vertellen uit hun eigen verhaal. Bij èlke ouder wordt immers tegen de grenzen geschopt. Of een andere variant hierop: 'Als je zo hard en zo lang je best doet, moet het wel verschrikkelijk zwaar zijn voor jou om niet veel verandering te zien. Ik kan verstaan dat je mij daarom vraagt om zó in te grijpen, je wilt dat er eindelijk eens iets verandert.'

Het helpt als je mensen beluistert op hun inspanningen, welk doel ze ermee wilden bereiken en hoe het is afgelopen. Het is pas na het erkennen van alle inspanningen die zij gedaan hebben en nadat je hun frustraties hierover gevalideerd hebt dat je van hen als begeleider ruimte krijgt voor eigen inbreng. Zoniet word je in elk eigen voorstel gewoon afgeschoten met 'dat hebben wij al allemaal geprobeerd!'.

4. Mensen die pas geconfronteerd zijn met de feiten

Sommige ouders zijn pas geconfronteerd met de feiten en worden bevangen door een soort paniek. Ook dit leidt soms tot een zeer sterk appèl op de begeleider: als het probleem als immens wordt ervaren, moet er immers met zwaar geschut worden uitgepakt. Paniek kan te maken hebben met een gebrekkige of eenzijdige kennis van producten (alleen het ongezonde, het gevaarlijke), een bijkomend feit dat voor hen de spreekwoordelijke 'druppel' is die de emmer doet overlopen of nieuwe zwaarwegende feiten waarmee ze geconfronteerd worden.

Houding en aanpak

De begeleider kan de aandacht richten op twee aspecten: wat zijn de feiten op zich maar ook welke fantasieën en doemdenkbeelden bepalen mee de paniek. Om de groep hier maximaal in te laten mee denken en voelen is het (zeker wanneer het de groep erg bij de keel grijpt) nuttig om na het beluisteren van het eerste relaas van de betrokken ouders een persoonlijke opdracht te geven aan elk groepslid. Daarna wordt het resultaat van de opdracht besproken in duo's, trio's en/of een plenum. In de vraagstelling komen dan beide aspecten aan bod met name de feiten en de gevoelens. Als begeleider geef je zo impliciet aan dat paniek een zaak is waar elke ouder al eens mee te kampen heeft. Tegelijkertijd stap je uit het verhaal van paniek dat alleen maar verlamt.
Dit werkt geruststellend.
Bijvoorbeeld:

- *Welke erge gebeurtenissen hebben mij (ooit) verontrust, wat is er precies gebeurd, bij wie kan ik meer informatie bekomen over wat er gaande is?*
- *Wat voel(de) ik daarbij, waar ben/was ik bang voor, wat zou mij eventueel kunnen steunen?*

Een volgende stap is het zo correct mogelijk informeren. Dit kan, naargelang de oorzaak van de paniek, gaan over producten en wat er wel en niet mee kan samengaan, juridische kwesties...

5. Mensen die al een heel proces achter de rug hebben

Sommige ouders hebben al een heel proces achter de rug en voelen zich machteloos en diep teleurgesteld als ze bij de groep komen. Ze hebben al van alles geprobeerd: een goed gesprek, roepen en tieren, zonder geld zetten, buitengooien, cadeaus kopen enzovoort. Ze zijn uitgeput van de onvoorstelbaar grote

inspanningen, de conflicten, de vernederingen, het verdriet, de slapeloze nachten en ze voelen zich machteloos: 'We hebben alles al geprobeerd en niets heeft effect!' De machteloosheid van dergelijke ouders kan emotioneel erg zwaar wegen op een groep maar biedt ook mogelijkheden.

Houding en aanpak

Dezelfde basishouding als in punt 1 lijkt hier van toepassing: de begeleider nodigt regelmatig uit om – naast het relaas van de feiten – te vertellen over hun inspanningen zodat zij weten dat zij gezien worden als volwaardige ouder. Hij vraagt door op hun voorbeelden en laat weten dat hij het indrukwekkend vindt. Dat is het ook trouwens! En de groep mag dit horen, liefst zelfs, ook al is dit soms confronterend. Meestal komen er spontane reacties van herkenning op gang. Het kan ook nuttig zijn om te vragen – ook aan de rest van de groep – waar zij dan wel hun kracht vandaan halen om dit vol te houden. Dit is zeker en vast een groepsthema. Enkel als ouders het gevoel hebben dat je hen – ondanks hun falen – waardeert als volwaardige ouder krijg je het mandaat om begeleider te mogen zijn. En begeleiders mogen stilstaan bij vragen als 'welk soort inspanningen hebben jullie vooràl veel gedaan, naar welk effect heb je gekeken: effect op druggebruik of effect op de aard van het contact met zoon of dochter?' Vaak hebben hun inspanningen wel effect bij hun kinderen maar kunnen ze dit zelf nog moeilijk zien omdat het gebruik zo centraal staat voor hen (en dit gebruik is, ondanks hun inspanningen, nog niet verminderd of gestopt). 'Hoe komt het dat je het zo hard nodig vond om te hameren op dit soort oplossingen en hoe zou je dit wat kunnen loslaten?'

Goed om weten is dat groepswerk op zich al een gunstig effect heeft op ouders die murw geslagen zijn. Ze hebben immers geen energie meer om naar andere mensen toe te gaan en vaak is het komen naar de groep nog het enige dat hun isolement doorbreekt en dat energie kan opleveren. Algemeen is het dus goed om voldoende aandacht te besteden aan groepsgevoelbevorderende opdrachten en werkvormen.

Een ander hulpmiddel om in te gaan op wanhoopsgevoelens is de vergelijking die kan gemaakt worden met een rouwproces. Het gaat hier immers ook om loslaten, zij het dan van de droom dat je kind een gelukkig, probleemloos leven leidt. Vele ouders ervaren het druggebruik van hun kind als een soort krenking, een streep door hun levensdoel. En net zoals bij een ander rouwproces is er eerst heel wat ontkenning en strijd en depressie mee gemoeid vooraleer ouders de weg van aanvaarding vinden.

6. Mensen die al langer geconfronteerd zijn met druggebruik

Ouders die al langer geconfronteerd zijn met druggebruik van hun kind verwaarlozen vaak andere noodzakelijke aspecten van hun leven. Het eigen gezinsleven, hun partnerrelatie, aandacht voor de broers/zussen van hun druggebruikend kind, relaties met vrienden, hobby's staan allemaal op een laag pitje. 'We kunnen niet rustig op vakantie gaan en doen of er niks aan de hand is, dus blijven we thuis'. Het feit dat ze weinig bronnen hebben om 'hun batterijen op te laden' maakt dat ze vaak erg opgejaagd, gestresseerd in het leven staan en dus hypergevoelig aan alles en nog wat. Een illustratie hiervan is trouwens het gegeven dat heel wat ouders van druggebruikers zelf aan het drinken gaan of kalmeerpillen slikken. Weet dat ouders van druggebruikers in veel gevallen prikkelbaar zijn. Ze lopen vaak rond met lange tenen, dulden geen kritiek. Heel wat ouders komen ook in een soort sociaal isolement terecht en hun sociale vaardigheden zwakken daardoor wat af. Soms laat zich dit ook gevoelen in (meestal de opstartfase van) een groep: mensen kunnen zich wel eens ergeren aan elkaar en hier onhandig mee omgaan.

Houding en aanpak

Meestal is het prikkelbaar zijn in het begin weinig rechtstreeks bespreekbaar. Algemeenheden vanwege de groepsbegeleider over het 'fenomeen' helpen dit te ontmijnen. Vragen die de begeleider bij de start van een ouder(groeps)begeleiding kunnen stellen maar ook daarna: 'En hoe is het eigenlijk met jullie zelf gesteld, hoe is het met de andere kinderen, zijn er mensen waar jullie nog op kunnen en durven terugvallen als je het moeilijk hebt, doe je nog wel eens dingen om er ook eens tussenuit te zijn, hoe houden jullie dat toch vol en hoe lang nog?'. Gewoon ernaar vragen is al veel waard. Ouders merken dan dat je hen ook gezien hebt, hun stress, hun zorgen, hun last. Bovendien kan het uitnodigen om even na te denken over de noodzaak van 'hun batterijen op te laden' en ook te denken aan andere belangrijke dingen dan alleen het gebruik van dat ene kind. .

Voor het aspect 'broers/zussen' van hun druggebruikend kind zou de begeleider kunnen overwegen om ze al dan niet mee op te nemen in de doelgroep van de groepswerking. Erkenning naar bezorgde broers en zussen levert dit alleszins op. Toch zijn er ook wezenlijke verschillen qua invalshoek die sommige groepsinteracties erg (te?) geladen kunnen maken. Bijvoorbeeld: ouders voelen zich immers 'ouders' en dat is anders dan een bezorgde broer of zus. Of: het is niet ondenkbaar dat pijnlijke parentificaties aan het licht komen of openbarsten. Broer of zus cijfert zichzelf weg of gaat openlijk in het verzet tegen de ouder of tegen de druggebruikende broer of zus. 'Het is hij of ik!' Dergelijke thema's kunnen zeer geschikt/leerzaam zijn om te bespreken in een oudergroep, maar dan veiligheidshalve zonder alle betrokken actoren.

Ter ondersteuning van broers of zussen van druggebruikers kan een specifieke groep opgericht worden.

7. Mensen die sinds de pubertijd van hun kinderen minder voeling hebben met hun leefwereld

Wat veel of misschien wel alle ouders overkomt, is dat ze sinds de puberteit van hun zoon of dochter veel minder voeling hebben met de leefwereld van hun kind. Als dan ineens blijkt dat zoon of dochter drugs gebruikt, wordt dit er snel als centraal – en dus alarmerend – kenmerk uitgepikt. Er steekt bij ouders dan een oude reflex de kop op: 'Mijn kind heeft een probleem dus ik moet als ouder ingrijpen en het probleem te lijf gaan.' Dat mechanisme werkt inderdaad vaak efficiënt bij kleinere kinderen: daar bepaal je als ouder immers wat mag en wat niet. Je kan als ouders bijsturen door wat meer te gaan hameren op het probleemgedrag, dat het niet kan en waarom het niet kan. Bij pubers of jongvolwassenen werkt dit vaak averechts. Of het druggebruik nu alarmerend is of niet, het gaat er om dat erg veel van de communicatie (verbaal en non-verbaal) vanaf dat ogenblik gaat draaien rond drugs en dat er voor een ander gesprek nauwelijks ruimte overblijft. Zoon of dochter worden dan verengd tot 'druggebruiker'. Ze klappen dan meestal dicht – 'ma en pa interesseren zich toch niet voor mij want ze kunnen alleen maar zagen over drugs' – terwijl de ouders nog meer in onzekerheid leven en gaan fantaseren. Het is dat wat meestal meespeelt als groepsleden laten horen: 'Met die van mij kunt ge niet normaal praten, die zit direct op zijn paard ofwel trapt hij het af".

Houding en aanpak

Het risico is – zoals met alle interventies – dat het ingaan op moeilijkheden van ouders met een eigen theorie belerend overkomt. Het is dus weer maar eens zaak om eerst de frustraties van ouders aan bod te laten komen, hun inspanningen te horen en pas dan een eigen inbreng te proberen.
Je kan aan elk groepslid vragen voorleggen zoals: hoe verlopen de conflicten, hoe wordt er gesproken, wat was de aanleiding en wat werd er geantwoord? Als elke ouder dit eerst voor zichzelf beantwoordt en daarna met de groep deelt, krijg je het effect dat ouders van elkaar gelijkaardige fouten en frustraties horen. Zo hebben ze minder het gevoel dat ze slechte ouders zijn. Tegelijkertijd staan ze uitgebreid stil bij het effect van hun communicatie. Je zal zien dat de meeste ouders als effect bekijken of hun zoon of dochter na het gesprek (of het conflict) minder is gaan gebruiken. Je kan ouders leren daarnaast ook te kijken naar het verbeteren of verslechteren van het contact: Voelt dit beter aan, oprechter of heb je het gevoel nog verder te staan van je kind, wat zou je kunnen doen, vragen om wat dichterbij te geraken, wat weet je er nog over en wat zou je nog meer willen weten?' Kortom: je kan ouders de boodschap meegeven hun pijlen meer te richten op het verbeteren van contact in plaats van op drugs en hun uitleggen waarom. Drugs is maar een van de vele aspecten van de leefwereld van hun zoon of dochter. Als je hen alleen daarop aanspreekt, voelen ze zich door jou niet ernstig genomen. Het is vaak ook opportuun om vroeg of laat het thema 'levensfasen van een gezin' aan bod te laten komen. Dergelijke thema's lenen zich uitstekend voor bespreking in groep.

8. Mensen in een 'multi-problem-situatie'

Sommige ouders zitten in een 'multi-problem-situatie'. We zien soms mensen die in hun eigen geschiedenis en levensomstandigheden op heel veel terreinen beladen zijn met problemen zoals armoede, seksueel misbruik, geweld, minder begaafd zijn, middelengebruik bij één of beide ouder(s), instellingsverleden, gedragsproblemen, justitieproblemen... Ook dit zijn ouders die het zo goed mogelijk proberen te doen voor hun kinderen en zich hiervoor keihard inspannen. Maar zij hebben vanuit hun eigen problematische opvoeding minder bagage, basisvaardigheden en zelfvertrouwen meegekregen. Vooral voor hen is het een heel grote stap om hulp te komen zoeken. Meer dan wie ook hebben zij immers geleerd wantrouwen te hebben ten opzichte van diensten en organisaties. Bij kansarmen, multi-problem-gezinnen ligt de maatschappij voortdurend op de loer om drastisch in te grijpen: opvolging door de jeugdrechtbank, plaatsing van de kinderen... De hechtingsrelaties zijn daardoor ook enorm gediscrediteerd: 'Wat is moederliefde als je van je vierde levensjaar in instellingen hebt doorgebracht, wat is er zo positief aan 'je kind wat meer loslaten' als dat het ergste is wat je zelf is overkomen toen je negen jaar was, wat is dat 'grenzen stellen' en 'nee' zeggen aan je kind als je zelf geleerd hebt hoe het is te moeten pakken wat je kunt krijgen of je hebt niks?' Het vraagt enorm veel moed om vanuit een verhaal van 'alles valt tegen, de maatschappij laat mij in de steek en niemand vertrouwt mij' te komen tot de beslissing 'ik wil dat deze mensen mij helpen mijn kind aan te pakken en ik wil leren om een betere ouder te worden'.

Houding en aanpak

Het verdient respect voor de moed die zulke ouders opbrengen want zij tonen een hele resem kwetsbaarheden. Het is nuttig om weten dat zij je wantrouwen en waarom dat zo is. Het helpt om zo transparant mogelijk te zijn, zo zorgvuldig mogelijk in je afspraken en je uitleg. Structuur aanbrengen/bewaken is in een veilige groepswerking altijd belangrijk en in dit geval broodnodig: je hoeft bijvoorbeeld niet alle problemen te kennen en ook niet ineens. Het effect is immers snel dat je als begeleider een rugzak vragen over je krijgt uitgekieperd waarvan je alleen maar wanhopig wordt omdat dan ook verwacht wordt dat jij dit allemaal eens in goede banen gaat leiden. Je geeft beter duidelijk aan wat de groep kan en wat niet. Regelmatig toetsen of wat ze je toevertrouwen echt wel goed voelt, of ze dit echt wel kwijt willen is zeker aangewezen.
Het taalgebruik vraagt ook extra aandacht: eenvoudig spreken over moeilijke dingen is hier de uitdaging! Probeer vooral niet belerend te zijn (je zou de zoveelste in de rij zijn die hun daarmee goedbedoelend wijst op hun gebreken en dus hun zelfvertrouwen nog meer naar beneden haalt). Ook deze ouders verdienen gepaste erkenning aan wat zij van inspanningen voor hun kinderen doen en hoe zij afzien. Ook zij verdienen ruimte om te 'oefenen met opvoeden'. De neiging om alle registers meteen open te trekken en het van hen over te nemen is enorm groot en toch bewijs je deze mensen hiermee geen dienst. Het mag dan wel zo zijn dat zij heel wat vaardigheden missen, zij missen in geen geval gevoelens. Een gevoel van betrouwbare veiligheid is trouwens voor ieder mens het vertrekpunt om iets te kunnen leren...
Uiteraard is groepswerk met deze mensen iets complexer en brozer, en meestal op zich niet voldoende als aanbod. In multi-problemgezinnen is de opvoedingsproblematiek sterk verviochten met andere problemen in het gezin. Het vergt een goede structurering, en voor een aantal is zelfs het tijdig nakomen van afspraken zoals 'er zijn vier sessies en we beginnen om 19u' moeilijk. Het is dan ook telkens weer afwegen of mensen al dan niet gebaat zijn met een groepsaanbod, en er moet daarnaast een beroep kunnen gedaan worden op een gecoördineerde en multi-disciplinaire aanpak qua hulpverlening en ondersteuning. Hetzelfde kan gezegd worden wanneer ouders zelf te kampen hebben met een psychiatrische problematiek of met een afhankelijkheidsprobleem.

Jongeren en druggebruik.
Een leidraad voor ouders (Provincie Oost-Vlaanderen)
pag 5

2. Pubers op zoek naar zichzelf

Waarom gebruiken jongeren drugs?

Van jongeren zelf leren we waarom ze het wel of niet doen:

WEL

Het is wel stoer!

Het geeft nogal een kick!

Ik deed het uit nieuwsgierigheid!

Iedereen deed het en ik wou er ook bijhoren!

Dan amuseren we ons.

Tino (15):

"Ik rookte mijn eerste jointje op het plein bij ons in de buurt. Ik was toen 14 jaar. De anderen deden het ook. Het was gewoon gezellig".

NIET

Omdat ik het niet nodig heb!
Ik heb schrik om verslaafd te worden.
Ik vind het gevaarlijk en duur.
Wat zouden mijn ouders er wel van vinden?!

Drugs uitproberen: echt iets voor adolescenten!

Hoe complex adolescenten in elkaar zitten, heb je waarschijnlijk zelf al gemerkt. Ze maken je als ouder soms wanhopig, je weet gewoon niet meer wat je aan ze hebt! Het ene moment kunnen ze de hele wereld aan, het volgende ogenblik zijn ze hopeloos neerslachtig. Soms zijn ze poeslief, even later kun je niets goeds meer doen en heb je het gevoel niets in de pap te brokken te hebben. Al wat hun vrienden zeggen daarentegen, lijken ze zonder enige vorm van kritiek aan te nemen. Verder zijn ze tot in het extreme met hun uiterlijk bezig.

Jongeren en druggebruik
Een leidraad voor ouders (Provincie Oost-Vlaanderen) pag. 19

Signalen: rood, oranje of groen licht?

Jongeren die drugs gebruiken, doen dit meestal stiekem. Ze willen niet dat hun ouders het merken, wetende dat hen verboden zal worden verder te gebruiken. Aan de andere kant merken we wel eens een zekere opluchting bij de jongere wanneer zijn druggebruik wordt opgemerkt. Hij kan dan immers zelf naar buiten komen met de twijfels waar hij mee zit en die in veel gevallen met dat gebruik gepaard gaan.



Toch is het niet vanzelfsprekend dat druggebruik wordt opgemerkt. Als iemand slechts af en toe gebruikt en dan nog in kleine hoeveelheden, is de kans groot dat de omgeving geen vroege signalen opvangt. Het druggebruik verloopt dan onzichtbaar.

Soms kun je wel signalen vaststellen. Hierbij denken we aan: bleekheid, vermoeidheid, verminderde eetlust, vermageren, pupillen die sterk vernauwd of juist wijd open staan, een andere vriendenkring, dalende schoolresultaten, spijbelen, geen interesse meer in gezinsactiviteiten, sterke emotionele wijzigingen (uitgelaten, depressief, agressief), verlies van interesse in hobby's, stelen, ...

Let wel: één signaal zegt niet veel. Veel van deze signalen komen ook voor bij niet-gebruikers en kunnen wijzen op de typische ontwikkelingsperikelen bij jongeren. Na een nachtje uitgaan bijvoorbeeld kan je kind ook vermoeid zijn en er bleek uit zien.
Het is dus belangrijk oog te hebben voor blijvende veranderingen in de houding en het gedrag van je zoon of dochter. Het is mogelijk dat die veranderingen een uiting zijn van druggebruik.

Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening
Van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag. 21-22

4 Erfelijkheid en sociale overdracht

Veel mensen hebben er moeite mee te praten over 'erfelijke factoren'. Terecht, want onder het kopje 'erfelijk' is in onze (recente) geschiedenis de grootste onzin terecht gekomen. Niettemin, het vermoeden dat aan alcoholisme ook erfelijke aspecten kleven is niet alleen heel oud, maar is recent ook door wetenschappelijk onderzoekers bevestigd. Medewerkers van CAD's, die lang in een bepaalde regio wonen, hebben de ervaring dat in sommige gezinnen of families het alcoholprobleem van vader op zoon wordt overgedragen. Ook blijkt dat in het algemeen onder familieleden van alcoholisten een hoger percentage alcoholafhankelijken voorkomt dan onder de rest van de bevolking. Dat kan wel zo zijn, maar is deze aanleg nu erfelijk of door het milieu bepaald? Door studies onder tweelingen en vooral onder kinderen van alcoholisten, die vlak na hun geboorte zijn geadopteerd, heeft men geprobeerd een antwoord te vinden op deze vraag.
De onderzoeker Goodwin (1983) heeft zo ontdekt dat de zonen van alcoholisten drie tot viermaal meer kans hebben alcoholist te worden. Bohman e.a. (1987) hebben via adoptiestudies ontdekt dat er waarschijnlijk drie typen alcoholisme te onderscheiden zijn, waarbij erfelijkheid een rol speelt:

1 Een type waarin de aanleg voor alcoholisme pas op volwassen leeftijd tot uitdrukking komt, mits de omgeving daartoe ook aanleiding geeft.
2 Een type dat onafhankelijk van het alcoholgebruik in de omgeving èn ook al op jonge leeftijd tot uitdrukking komt. Jongens hebben bij dit type een negenmaal verhoogd risico voor alcoholisme en gedragen zich vaak crimineel. Meisjes vertonen veel lichamelijke klachten.
3 Een type waarin asociaal gedrag en ernstige criminaliteit bij mannen gekoppeld is aan herhaald alcoholgebruik en bij vrouwen aan veel lichamelijke klachten.

De verklaring voor deze erfelijke aanleg wordt gezocht in biochemische afwijkingen (enzymsystemen) èn in specifieke reacties van de hersenen (alfa-activiteit). Door dergelijke afwijkingen kunnen bij sommige mensen de factoren ontbreken die een rem vormen op alcohol drinken en is het mogelijk dat alcohol bij hen een sterkere angstreducerende werking heeft. Met name in de VS wordt onderzocht of er biochemische markeerders kunnen worden

gevonden, waarmee mensen op een verhoogd risico kunnen worden gescreend. Voorlopig is scepcis over het praktisch nut van dit – op zich interessante – onderzoek op zijn plaats. Weliswaar is het aangetoond dat erfelijke factoren een rol spelen bij het ontstaan van alcoholisme, maar hiernaast spelen omgevingsfactoren een grote rol. In een bepaald opzicht is het onderzoek naar de identificatie van genetisch bepaalde risicofactoren ook een belangrijke bijdrage aan het inzicht in de werking van omgevingsfactoren. Namelijk wanneer wordt nagegaan welke sociaal-culturele variabelen beïnvloeden dat het ene kind met een verhoogd risico wèl alcoholisme ontwikkelt, en een ander kind – met een vergelijkbaar hoog risico – niet.
Voor de verslavingszorg is het gewenst dat cliënten geleerd wordt hoe zij er voor kunnen zorgen dat hun kinderen, wanneer die een verhoogd risico hebben op een toekomstig alcoholprobleem, een grotere weerbaarheid kunnen ontwikkelen tegenover het aanbod van alcohol.

Wellicht belangrijker dan erfelijke factoren is de *sociale* overdracht van alcoholproblematiek van de ene generatie op de volgende. In bepaalde milieus is alcoholgebruik dè manier om met spanningen om te gaan, omdat de mensen daar van elkaar geleerd hebben dat dat nu eenmaal de gewoonte is.
Uit onderzoek blijkt dat de mate waarin het alcoholisme van de ouders gevolgen heeft voor de kinderen sterk bepaald wordt door de mate waarin door deze problematiek de structuur en cultuur van het gezin worden aangetast. Volgens Wolin en Benett (1979, 1985) is de sociale overdracht afhankelijk van onder andere de volgende factoren:
- de mate waarin in het ouderlijk gezin de gezinsrituelen verstoord worden door het alcoholgebruik van (een van) de ouders, dan wel in stand gehouden worden ondanks het drankprobleem;
- de mate waarin het kind contact houdt met het ouderlijke milieu;
- de mate waarin het kind – op volwassen leeftijd – contact zoekt met de familie van de partner, gesteld dat die geen familiair alcoholisme kent.

Uiteraard kunnen uit deze bevindingen aangrijpingspunten voor preventie en hulpverlening gedistilleerd worden.

Verslaafd aan de verslaafde?
Den Bakker J.k, 1997, pag. 27-29

3. VERSLAVING

Wanneer je te maken hebt met iemand die veel drinkt, drugs gebruikt of gokt dan is het belangrijk te begrijpen waarom iemand dat doet. Niet om het gedrag goed te praten of te vergoelijken, maar om er beter mee te kunnen omgaan.

Eerst iets over druggebruik. Het gebruik van middelen die verdoven, die energie geven, die de ogen openen voor een andere werkelijkheid, is zo oud als de mensheid. Al 5000 jaar geleden kenden de Chinezen hasj, dronken de Egyptenaren bier en kauwden de indianen in de Andes cocabladeren. Blijkbaar hebben we een aangeboren drang om met drugs onze werkelijkheidsbeleving te veranderen. Er zijn zelfs psychologen die zeggen dat het de vierde biologische drang is: na eten, drinken en seks komen drugs.
Van gebruik spreken we wanneer iemand op daarvoor bestemde tijden en plaatsen hoeveelheden gebruikt die niet schadelijk zijn voor de persoon zelf of andere mensen. Af en toe een glas wijn bij het eten is gebruik. Het is misbruik wanneer iemand op daarvoor niet bestemde tijden of plaatsen gebruikt in hoeveelheden die schade opleveren voor de persoon zelf en/of anderen. Voorbeelden van misbruik: met vijf pilsjes op achter het stuur; zoveel drinken dat je onaardige dingen gaat zeggen tegen anderen; zoveel en zolang drinken dat je niet meer zonder kunt. Dat laatste noemen we verslaving. Verslaving is dus een vorm van misbruik.
Verslaving heeft vier kenmerken. Ten eerste, je kunt niet stoppen zonder problemen. Een roker die stopt wordt nerveus, gaat snoepen of slaapt slecht. Ten tweede, je bent steeds meer en vaker gaan gebruiken over een lange periode. Een gokverslaafde die jaren bezig is vergokt niet meer een paar gulden, zoals aan het begin, maar vergokt dagelijks honderden guldens en staat vele uren achter de gokkast. Ten derde, een verslaafde heeft geprobeerd om te stoppen of te minderen en dat is niet gelukt. De alcoholist neemt zich na elke kater voor om het in de toekomst toch vooral rustiger aan te doen, maar als hij eenmaal drinkt is het hek van de dam. Ten vierde, de verslaafde gaat door ondanks de problemen die het oplevert.

Hoe kan iemand zijn schulden zien oplopen en zijn leven te gronde zien gaan aan het gokken en toch doorgaan met het spel? Hoe komt het dat een alcoholiste doorgaat met drinken terwijl ze ziet dat haar gezin erdoor uiteenvalt? Wij kijken naar het gedrag van de verslaafde en zien nutteloze zelfvernietiging. Verslaving is absurd voor buitenstaanders. Voor de verslaafden zelf is het logisch. Verslaafden bekijken het zelf namelijk anders. Zij denken vanuit het kleine cirkeltje van verslaving. De verslaving bepaalt hoe ze tegen hun gedrag aankijken. Verslaafden hebben een onweerstaanbaar verlangen naar het middel en voelen grote spanning wanneer hun zucht naar drank, drugs of gokken onbevredigd blijft. Hierdoor is het voor verslaafden 'logisch' om door te gaan, ondanks de vele problemen die het veroorzaakt.
Hoe raakt iemand verslaafd? Waarom is een verslaving zo moeilijk te overwinnen? Waarom raakt iemand verslaafd? Waarom duurt een verslaving vaak zo lang? Om meer grip te krijgen op het fenomeen verslaving zullen we op deze vragen ingaan.

Hoe raakt iemand verslaafd? De fuik

Verslaving is niet iets dat mensen ineens overkomt. Het is een langzaam sluipend proces dat vergeleken kan worden met een vis die in een fuik zwemt. Eerst kan de vis nog gemakkelijk terug, maar dat wordt steeds moeilijker door de kelen, de trechtervormige binnennetten. Op het laatst is het zelfs onmogelijk om terug te keren naar de vrijheid. De vis heeft zelf natuurlijk niet door dat hij er steeds moeilijker uit kan.

De fuik heeft verschillende kamers. De eerste kamer is het uitproberen van het middel. De uitprobeerder wil weten: Wat doet alcohol voor mij? Hoe voelt het om hasj te roken? Nieuwsgierigheid, meedoen, uittesten, doen omdat het niet mag, spanning. Dit zijn allemaal redenen om het een keer te proberen. Dit experimenteren kan iets verder gaan: verschillende doses, verschillende omstandigheden en soms verschillende combinaties van drugs. Een vis in deze kamer kan nog makkelijk terug. Voor veel mensen blijft het bij een kortdurend experiment.

De vis die doorzwemt komt iets dieper in de fuik. Dit is de fase van het regelmatig gebruik. Elke dag een pilsje na het werk. Elk weekeinde een hasjsigaret. Er wordt meer geld aan besteed, meer energie en meer tijd. Er wordt vaker omgegaan met anderen die dezelfde drug gebruiken. Echte problemen levert het nog niet op. Het gebruik is nog onder controle. De meeste mensen die bijvoorbeeld regelmatig alcohol drinken gaan niet verder. Op een gegeven moment gaan ze weer minder drinken of het blijft bij regelmatig gebruik.

Sommige vissen zwemmen door. De volgende fase is die van het overmatig gebruik. Veel drinken, vaak stoned, veel gokken. Zoveel dat er problemen van komen, bijvoorbeeld ruzies, schulden of ziekten. Om die problemen weg te drukken gaat de overmatige gebruiker nog meer drinken, drugs gebruiken of gokken. Terug naar regelmatig gebruik kan, maar begint moeilijk te worden. Dit overmatig gebruik kan ook periodiek zijn. Bijvoorbeeld jongeren die elk weekeinde buitensporig veel XTC en andere drugs gebruiken op megafeesten en in disco's, maar door de week niets gebruiken. Of mensen die periodes hebben dat ze excessief drinken.

Tenslotte zwemt een aantal vissen door. Diep in de fuik waarvan het uiteinde dichtgeknoopt is. Teruggaan is onmogelijk geworden. Dit is verslaving. De gebruiker moet gebruiken. Het verlangen naar de drug is onweerstaanbaar groot. De fles, de gokkast, de joint, de pijp, de spuit zijn het middelpunt van het bestaan geworden.

Hoe komt het nu dat de vis in de fuik zwemt? Hoe komt het dat iemand langzamerhand zijn of haar vrijheid opgeeft? Komt het door de persoon zelf? Want die doet het tenslotte. Of door de drug? Want als de drug er niet was geweest dan was er niets gebeurd. Of door de omgeving? Want die reageert op een bepaalde manier op het gebruik. Het antwoord is dat ze alle drie een rol spelen: de drug, de persoon en de omgeving. Laten we ze alle drie bekijken.

Allereerst is er de drug. Heroïne, alcohol, nicotine, cocaïne, hasj, LSD... De drug geeft een bepaald effect, heeft bepaalde risico's en werkt in meer of mindere mate verslavend. Sommige mensen denken dat de drug de echte boosdoener is. Zeker wanneer het gaat om verboden drugs.

Mijn zoon is kapot gegaan door drugs. Het is rot spul!

Natuurlijk kunnen drugs gevaarlijk zijn en verslavend werken, maar alleen wanneer mensen er riskant mee omgaan. Vandaar dat er mensen zijn die denken dat het vooral door de verslaafde zelf komt.

- *Had hij maar niet zo stom moeten zijn om drugs te gebruiken. Het is zijn eigen schuld dat hij verslaafd is geraakt.*
- *Ze heeft een slap karakter, daarom kan ze de borrel niet laten staan.*

Iedereen zit op een bepaalde manier in elkaar en maakt goede en minder goede tijden door. Is iemand nerveus, onzeker of neerslachtig dan heeft een drug een ander effect en heeft het druggebruik een ander doel dan wanneer de persoon ontspannen en tevreden is.

Tenslotte speelt de omgeving een belangrijke rol. Hoe reageren mensen uit de omgeving op het drinken, gokken of druggebruik? Wordt het goedgekeurd of veroordeeld? Is er beloning of straf? Kan er thuis over problemen worden gesproken of juist niet?

Jongeren en druggebruik.
Een leidraad voor ouders (Provincie Oost-Vlaanderen), pag 5-8

2. Pubers op zoek naar zichzelf

Waarom gebruiken jongeren drugs?

Van jongeren zelf leren we waarom ze het wel of niet doen:

WEL

Het is wel stoer!

Het geeft nogal een kick!

Ik deed het uit nieuwsgierigheid!

Iedereen deed het en ik wou er ook bijhoren!

Dan amuseren we ons.

Tino (15):

"Ik rookte mijn eerste jointje op het plein bij ons in de buurt. Ik was toen 14 jaar. De anderen deden het ook. Het was gewoon gezellig".

NIET

Omdat ik het niet nodig heb!
Ik heb schrik om verslaafd te worden.
Ik vind het gevaarlijk en duur.
Wat zouden mijn ouders er wel van vinden?!

Drugs uitproberen: echt iets voor adolescenten!

Hoe complex adolescenten in elkaar zitten, heb je waarschijnlijk zelf al gemerkt. Ze maken je als ouder soms wanhopig, je weet gewoon niet meer wat je aan ze hebt! Het ene moment kunnen ze de hele wereld aan, het volgende ogenblik zijn ze hopeloos neerslachtig. Soms zijn ze poeslief, even later kun je niets goeds meer doen en heb je het gevoel niets in de pap te brokken te hebben. Al wat hun vrienden zeggen daarentegen, lijken ze zonder enige vorm van kritiek aan te nemen. Verder zijn ze tot in het extreme met hun uiterlijk bezig.

Godelieve (45) getuigt hierover:

"Femke is steeds een inschikkelijk, beleefd en verzorgd meisje geweest. Toen ze 14 werd, begon ze plots te veranderen. Ze droeg ineens opvallende kledij, liet haar haar kleuren en kon absoluut niet verdragen als ik daar wat van zei. Ze begon in haar eigen wereldje te leven, waarin ze alleen haar vrienden leek toe te laten. Ik heb me meermaals wanhopig afgevraagd waar mijn lieve meisje gebleven was..."

Hoe kunnen we dit gedrag begrijpen?

Tijdens de adolescentie ontwikkelt een mens zich in enkele jaren tijd van kind naar volwassene. Zowel geestelijke als lichamelijke veranderingen maken deze periode heel verwarrend voor de puber.
Op het geestelijke vlak leren jonge mensen steeds meer kritische te denken. Het gevolg is dat ze niet meer alles wat hun ouders hen zeggen blindelings overnemen. Pubers ontdekken dat ouders ook fouten maken en dan uiten ze hun kritiek daarop soms bijzonder scherp.

Ook het streven naar onafhankelijkheid kenmerkt de adolescent. En toch is de invloed van leeftijdsgenoten tijdens de adolescentie zeer groot.
De vriendengroep vormt een veilige omgeving om met verschillende gedragingen te experimenteren. Voor de puber is het heel erg belangrijk aanvaard te worden in die vriendengroep. Voor die aanvaarding wil hij behoorlijk wat opofferen: hij past zich aan de heersende normen, rages en trends aan die –bewust of onbewust- bij die groep horen.

Naast het uitproberen van bepaalde soorten gedrag, gaat je kind ook experimenteren met zijn uiterlijk (kapsel, kledij,...), met relaties, met seksualiteit en ook met genotsmiddelen (tabak, alcohol, illegale drugs). Hij heeft behoefde aan kicks die hem de bewondering van de groep zullen garanderen: risico's durven nemen, zichzelf overtreffen op allerlei vlakken, enzovoort...

Het in groep gebruiken van (illegale) drugs, kan voor jongeren het voor hen noodzakelijke gevoel van verbondenheid creëren: wij doen samen iets wat niet mag. Het omgekeerde komt ook voor, namelijk dat drugs in de vriendengroep geweerd worden. In dat geval zal de puber ook deze norm hanteren en sterk geneigd zijn om niet te experimenteren met drugs

Door wel te experimenteren, verkennen adolescenten hun eigen grenzen en die van hun omgeving. "Wat vind ik prettig?", "Wat mag?", "Hoever kan ik gaan?" Op basis van allerhande reacties van zijn omgeving, zal een jongere later zijn eigen standpunt hierin bepalen.

Niets meer in de pap te brokken...

Tijdens die fase in het leven van jongeren, zijn ouders vaak de eersten die het moeten ontgelden. Je krijgt als ouder van alles te horen, ook dingen die niet steeds aangenaam zijn. Het lijkt wel of jij altijd 'de slechte' bent en de vrienden van je kind 'de goeden'.

Bovendien heb je als ouder het gevoel dat je mening niet meer meetelt. Dit lijkt misschien wel zo, maar klopt niet helemaal. Uit onderzoek blijkt dat jongeren, ook in deze fase, belang hechten aan wat hun ouders van hen denken. Dit zullen ze uiteraard niet zo snel of zo duidelijk verwoorden. Wel merk je dat ze kwaad reageren wanneer ze commentaar of opmerkingen krijgen. Soms zie je ze opleven als je ze een compliment geeft. Pubers en adolescenten willen heus wel weten wat anderen van hen denken, zeker hun ouders!

Marc, vader van Christophe (17):

"Als wij iets voorstellen aan of zeggen tegen onze zoon, doet hij het niet of doet hij net het tegenovergestelde, net omdat het uit onze mond komt.
Alles wat zijn vrienden zeggen daarentegen, is heilig voor hem."

Alles voor de vrienden

Dat ouders, broers of zussen vaker dan z'n vrienden negatieve reacties krijgen van de adolescent, heeft onder meer te maken met het feit dat ouders, broers en zussen er gegarandeerd zijn. Ouder ben je altijd. Die rok kan je niet zomaar verliezen, je stapt er ook niet uit. De jongere kan zich dus veel permitteren tegenover zijn ouders, want wat hij ook doet, het blijven zijn ouders.
Vrienden daarentegen moet hij verdienen. Het is dan ook veel minder vanzelfsprekend dat je ze hebt en ze kunt behouden. Jongeren moeten voor vriendschappen heel wat over hebben en dat doen ze dan ook. Voor buitenstaanders lijkt hun houding hierin slaafs en volgzaam.
Als ouder sta je soms perplex over de heftige reactie van je kind als je opmerkingen maakt over zijn of haar vrienden. Opmerkingen over de vrienden van je kind worden aangevoeld als uitspraken over zichzelf.

Dat vrienden zo'n sterke invloed hebben op je kind, geeft je wel eens te denken. Het is ook logisch dat je als ouder 'slechte invloed' van die vrienden vreest.
Toch is er ook een andere kant. Voor jonge mensen vormt hun vriendengroep in de meeste gevallen een bijzonder aangename leefomgeving en een onmisbare leerschool: door ervaring in het omgaan met anderen, met conflicten, met groepsdruk, enz. biedt de vriendengroep duidelijkheid. En dit geeft voor de jongere op zijn beurt veiligheid. Veiligheid om met al die aspecten van het leven te leren omgaan op zijn eigen manier. En daarin door anderen die precies zijn zoals zijzelf begrepen te worden.

Jongeren en druggebruik.
Een leidraad voor ouders (Provincie Oost-Vlaanderen), pag. 20-21

Rood of oranje licht?

Veel jongeren experimenteren. Slechts een deel van hen raakt in de problemen. Als je als ouder ontdekt dat je kind drugs gebruikt, is het van belang te achterhalen of het om experimenteren of om vluchtgedrag gaat.
Hoe kun je het onderscheid tussen de twee ontdekken? Staar je niet blind op het druggebruik alleen. Schenk extra aandacht aan het ruimer gedrag van je kind.

Je kunt je het volgende afvragen:
Hoe doet mijn kind het recent op school?
Houdt mijn kind zich nog steeds aan afspraken?
Heeft mijn kind een vaste vriendenkring?
Hoe pakt het zijn/haar problemen aan?
Blijft het tijd investeren in z'n vroegere hobby's?
Zijn er plotse veranderingen merkbaar zonder duidelijke aanwijzingen?

Is het antwoord op de meeste van deze vragen "ja" of "goed", dan is je kind waarschijnlijk een puber die experimenteert met drugs. Dit druggebruik is dan meestal vrij beperkt, zodat het weinig negatieve gevolgen heeft op andere terreinen in zijn of haar leven.

Is het antwoord op de meeste van deze vragen echter negatief, dan is dit mogelijk een teken dat het druggebruik vrij veel belang krijgt in het leven van je kind. Het kan bijvoorbeeld een manier geworden zijn om te vluchten van moeilijkheden of problemen.

De zoektocht naar het 'Waarom?'!

Wanneer je als ouder geconfronteerd wordt met druggebruik, rijzen allerlei vragen: Hoe komt het nu dat de ene jongere wel en de andere jongere niet ingaat op het aanbod van drugs? Hoe komt het dat de ene tiener na het uitproberen ermee ophoudt en de andere tiener ermee doorgaat? ...

Wij vragen het aan Gie, hulpverlener met meer dan 20 jaar ervaring in de drughulpverlening.

Wat herken je bij de druggebruikende jongeren die je tegenkomt?

Gie: "Het is natuurlijk altijd gevaarlijk om te veralgemenen, iedere jongere is anders. Maar een aantal zaken kom je wel bij heel wat jongeren tegen. Zo kun je stellen dat bij veel jongeren hun gevoel van zelfwaardering, van zelfappreciatie, een bepalende rol speelt. Dikwijls hebben jongeren die drugs gebruiken op een manier dat het problematisch wordt, het moeilijk met het uiten van hun emoties. Vaak zitten er ook nog andere problemen waar ze eigenlijk wel wat hulp bij zouden kunnen gebruiken. Velen van hen hebben dan ook een zeer negatief zelfbeeld. Dit leidt niet per se rechtstreeks tot druggebruik, maar druggebruik kan dan voor hen wel één van de snelle -maar valse- oplossingen zijn."

Waar kan dat laag zelfbeeld bij de jongere vandaan komen?

Gie: "Daar spelen een boel factoren mee, zoals: voldoende nestwarmte en "steun en liefde" gekregen hebben, maar ook de nodige positieve bevestiging, aanvaarding en respect. Als jongeren dat voldoende meekrijgen, zullen ze sneller een positief zelfbeeld ontwikkelen.

Het is niet zo makkelijk uit te leggen aan ouders, meestal krijg je als ouder het gevoel dat er met een steen naar je geworpen wordt als je dit hoort. Het gaat echter helemaal niet om schuld. Het is ook zo moeilijk om de vinger op de wonde te leggen. Het gaat immers om een complex kluwen waarbij niet alleen onze inbreng als ouder belangrijk is, maar ook die van andere omstandigheden, meerdere familieleden, contacten met diverse mensen...

Ik geef je een voorbeeld. Een kind groeit op in een periode dat zijn zusje zwaar ziek is. Zijn ouders zijn hierover vaak bezorgd en bedroefd, wat heel menselijk is. Dan kan het zijn dat dat kind begint te denken dat het zèlf niet veel waard is, vermits het zijn ouders niet gelukkig kan maken. Je hebt dat niet zo snel in de gaten, maar zo zitten kinderen soms in elkaar.

Psychiatrische stoornissen en middelengebruik
Uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD). Een leidraad voor begeleiders, VAD, 2004, pag 91-92

5.9. Psychiatrische stoornissen

Afhankelijk van de vragen van de oudergroep kan in een groepsbijeenkomst dit onderwerp aan bod komen.

Aandachtspunten

- Ouders kunnen bij het horen van de verschillende symptomen van psychiatrische stoornissen te snel gaan denken dat hun kind hieraan lijdt. Jongeren in volle ontwikkeling kunnen op bepaalde momenten één of ander kenmerk vertonen (bijvoorbeeld concentratiemoeilijkheden, stemmingswisselingen) zonder dat dit wijst op een psychiatrische stoornis.
- De relatie tussen psychiatrische problematiek en afhankelijkheid is erg complex. Volgens dr. Geert Dom, psychiater, zijn er een viertal modellen die deze complexe relatie wat kunnen verduidelijken namelijk:

- Vooreerst kan de afhankelijkheidsproblematiek aanleiding zijn voor het ontstaan van psychiatrische toestandsbeelden. Gekend zijn de psychiatrische toestandsbeelden die men kan zien tijdens de intoxicatie of later tijdens de ontwenningsperiode. Psychiatrische toestandsbeelden die het gevolg zijn van middelenmisbruik, nemen meestal af in de loop van de ontwenning.
- Een psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld een sociale fobie, kan primair zijn en directe aanleiding geven tot de ontwikkeling van een afhankelijkheidsprobleem. Het betreft hier vaak een ontwikkeling van afhankelijkheidsprobleem ten gevolge van een poging tot zelfmedicatie.
- Anderzijds kunnen zowel een afhankelijkheidsprobleem als een psychiatrische problematiek het gevolg zijn van een vooraf bestaande gemeenschappelijke oorzaak. Het gaat hier veelal om één of andere biologische, psychologische of sociale kwetsbaarheidfactor, die aanleiding kan geven tot het ontwikkelen van één of beide stoornissen. Voorbeeld hiervan is een vroegkinderlijk seksueel-affectief misbruik dat mee de aanleiding kan zijn tot het ontwikkelen van beide problematieken.
- Ten slotte kunnen beide stoornissen naast mekaar bestaan zonder enig gemeenschappelijke band. Ze kunnen mekaar evenwel in beperkte mate beïnvloeden. Vaak zien we dat middelengebruik in lage dosering, een vermindering van de psychiatrische problematiek kan geven, maar in hoge dosering leidt tot toename van de problematiek.

- Het label 'psychiatrische stoornis' kan bij ouders de indruk wekken dat niets hun kind nog kan helpen of dat zij zelf niets meer kunnen doen. Anderzijds kan een juiste diagnose ook een zekere opluchting teweeg brengen: men weet nu wat er precies schort aan hun kind (zie bijlage 29). Belangrijk is dat ouders dan ook handvatten meekrijgen hoe ze concreet met de problemen, als gevolg van deze stoornis, verder kunnen.

Daarom is het aangewezen dit onderwerp enkel te behandelen als er een gemeenschappelijke vraag is en als het een oudergroep met voornamelijk oudere (volwassen) druggebruikende kinderen betreft.
Indien één of een paar ouders hierover vragen hebben, kan beter verwezen worden naar individuele gezinsbegeleiding of de behandelende arts.
Uitzondering kan gemaakt worden voor ADHD. Ouders met ADHD-kinderen zijn meestal op de hoogte van deze diagnose. Voor hen kan een extra vergadering besteed worden aan ADHD en middelengebruik.
Het is belangrijk dat de begeleiding of spreker van deze oudervergadering én ervaring heeft met ADHD-kinderen én met middelenmisbruik.

Dit geldt ook voor externe sprekers die over psychiatrische stoornissen uitleg komen geven. Omdat ouders zowel vragen hebben over deze stoornissen als over het middelengebruik en het verband tussen beide, is het aangewezen dat de externe spreker ervaring heeft met beide problematieken. Het vertrekpunt hierbij is respect voor de deskundigheid van de ouders: zij zijn deskundig wat de kennis over hun kind betreft.
In de oudergroep kunnen vooraf de vragen van ouders over dit onderwerp verzameld worden. Ook het peilen naar de verwachtingen van de ouders kan aan de begeleider de gelegenheid geven de inhoud van deze sessie te kaderen (cf. bovenstaande bemerkingen).
De externe spreker kan, vooraleer de vragen van de ouders te beantwoorden, eerst informatie geven over 'psychiatrische behandelsettings' (wat kan je ervan verwachten?) en dubbele diagnose.

Omwille van de delicaatheid en gevoeligheid van het onderwerp is de aanwezigheid van een veilige en vertrouwenssfeer een belangrijke voorwaarde.

In bijlage 28 staat een korte beschrijving van psychiatrische stoornissen, de geraadpleegde bronnen en de zelfhulporganisaties waar ouders terecht kunnen voor meer informatie en eventuele ondersteuning.

Bijlage 28

Psychiatrische stoornissen

ADHD

ADHD staat voor attention deficit hyperactivity disorder, wat in het Nederlands vertaald wordt als aandachtstekort (of aandachtsstoornis) met hyperactiviteit. In de vorige decennia werden dezelfde symptomen ook wel anders genoemd: minimal brain damage, hyperkinetic reaction of childhood en attention deficit disorder (ADD). ADHD wordt aanzien als een ontwikkelingsstoornis met 3 hoofdkenmerken die in twee types gebundeld zijn: aandachtstekort en hyperactiviteit/impulsiviteit.

- Aandachtstekort: ADHD'ers met dit kenmerk hebben er moeite mee om aandacht te schenken aan details en maken fouten door achteloosheid. Ze worden gemakkelijk afgeleid (elke prikkel, eigen gedachtegang of fantasie laat hun aandacht afglijden) en hebben moeite om zich op iets te concentreren. Ook het ordenen van activiteiten ligt moeilijk. Ze slagen er dan ook dikwijls niet in om iets af te werken, beginnen om de haverklap aan iets anders en maken veel fouten. Ze kunnen moeilijk luisteren en dingen onthouden, waardoor andere mensen het gevoel hebben nauwelijks contact met hen te krijgen.
- Hyperactiviteit: ADHD'ers met dit kenmerk zijn vaak overbeweeglijk. Ze zijn voortdurend in beweging, met hun handen of voeten of met hun hele lichaam. Ze kunnen moeilijk blijven zitten. Kinderen met dit kenmerk kunnen moeilijk rustig spelen. Ze klimmen vaak overal op en rennen voortdurend rond. Ook de drang naar voortdurend praten is één van de uitingen. Volwassen met dit kenmerk voelen zich vaak onrustig en kunnen moeilijk op een plaats blijven zitten. Ze hebben sterk de neiging om rond te lopen. Ze kunnen zich moeilijk ontspannen.
- Impulsiviteit: ADHD'ers met dit kenmerk handelen vaak zonder na te denken over de gevolgen. Ze kunnen moeilijk hun beurt afwachten, onderbreken anderen, geven al een antwoord vooraleer de vraag gesteld is.

Daarnaast wordt ADHD ook gekenmerkt door stemmingswisselingen en soms gevoelens van agressie en angst. ADHD'ers blijken vaker schoolverzuim, schoolverlaten, slechtere werkprestaties, ongelukjes en anti-sociale activiteiten te vertonen. ADHD ontstaat voor het zevende jaar. ADHD geeft een groter risico op problematisch alcohol- en druggebruik bij adolescenten.

Angststoornissen

Bij personen met buitensporige angsten (zonder dat omstandigheden daar aanleiding toe geven) die daardoor de neiging hebben om vaak doodgewone situaties te vermijden die ze met de angst in verband brengen, spreken we van angststoornissen. Hun dagelijks leven wordt hierdoor ernstig belemmerd.

Veel voorkomende klachten bij een angststoornis zijn: hoofdpijn, buikpijn, slaapproblemen, gebrek aan eetlust en concentratieproblemen. Ook hebben deze mensen vaak last van een bang voorgevoel, bezorgdheid, onbehagen, prikkelbaarheid, nervositeit, spanning en onrust.

Verschijnselen

Tijdens een angst- of paniekaanval zijn de meest voorkomende lichamelijke symptomen:

- Hartkloppingen, pijn of beklemd gevoel op de borst
- Zweten
- Ademnood, het gevoel te stikken
- Snel en hijgend ademhalen
- Duizeligheid of het gevoel flauw te vallen
- Trillen of beven
- Misselijkheid of diarree
- Doof gevoel of tintelingen in de ledematen
- Gevoel van onwerkelijkheid, alsof men naar een film kijkt
- Angstaanvallen gaan vaak gepaard met hyperventilatie

Soorten angststoornissen

- Fobiën

Een fobie is een gerichte angst voor bepaalde dingen, dieren of situaties. Die angst kan gepaard gaan met heftige lichamelijke verschijnselen en paniekgevoelens.

- Enkelvoudige fobieën

Iemand met een enkelvoudige fobie heeft een buitengewone angst voor één bepaald ding dier of situatie. Voorbeelden zijn: hoogtevrees, vliegangst, claustrofobie, angst voor slangen, spinnen.

- Hypochondrie (ziektevrees)

Iemand met hypochondrie is bang een ernstige ziekte te hebben, ook al kunnen artsen geen enkele afwijking vinden. Veelvuldig, uitgebreid lichamelijk onderzoek in het ziekenhuis helpt niet.

- Sociale fobie (sociale-angststoornis)

Mensen met een sociale fobie wekken vaak de indruk extreem verlegen te zijn. Ze voelen zich vooral in gezelschap kritisch bekeken en hebben steeds het gevoel het 'niet goed' te doen. De angst om vreemd gevonden te worden en af te gaan beheerst hun hele doen en laten. Contacten leggen is een groot probleem. Sociale fobieën kunnen op allerlei situaties betrekking hebben, zoals de angst mensen te ontmoeten, te telefoneren, in het openbaar te spreken.

- Straatvrees (agorafobie of pleinvrees)

Iemand met straatvrees is bang voor plaatsen waar hij niet gemakkelijk weg kan komen en vreest geen hulp te krijgen als hem plotseling iets overkomt. Op straat of in drukke ruimtes voelt zo iemand zich weerloos en doodsbang. Men kan dan door paniek worden overvallen.

- Paniekstoornis

Iemand die een paniekstoornis heeft kan op volkomen onverwachte momenten overvallen worden door grote angst. Men heeft dan het gevoel de controle over zichzelf te verliezen. De gewaarwording flauw te vallen, dood te gaan of gek te worden is overweldigend. De plotselinge paniek gaat gepaard met angstaanjagende lichamelijke verschijnselen, die het gevoel nog versterken. Een paniekaanval kan overal opkomen, zonder directe aanleiding.

- Dwangstoornis

Iemand met een dwangstoornis (obsessieve-compulsieve stoornis) herhaalt steeds bepaalde handelingen en gedachten. Voorbeelden van handelingen: de handen wassen, controleren of de deuren op slot zijn, het huis schoonmaken. Voorbeelden van gedachten: in het hoofd beelden zien dat men iemand aanvalt of aanrijdt. De dwanghandeling neemt alle tijd in beslag en maakt het normaal dagelijks functioneren onmogelijk.
De handelingen moeten bescherming bieden tegen een enorme angst en onrust en het gevoel dat er iets vreselijk gaat gebeuren.

- Gegeneraliseerde angststoornis

Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis maken zich langere tijd ernstig zorgen over zaken die horen bij het dagelijks leven, zoals geld en gezondheid, terwijl in hun leven objectief gezien alles goed gaat. Zo iemand heeft bange voorgevoelens, gaat piekeren en wordt somber en overbezorgd en kan zich gejaagd en rusteloos gaan voelen.

Depressie

Mensen hebben een depressie wanneer ze zich minstens twee weken achtereen erg somber voelen en daarnaast last hebben van meerdere onderstaande symptomen:

- Lusteloosheid en prikkelbaarheid
- Gebrek aan interesse en plezier
- Concentratieproblemen, vergeetachtigheid en besluiteloosheid
- Schuldgevoelens en het gevoel niets waard te zijn
- Het gevoel vanbinnen dood of leeg te zijn
- Gevoelens van machteloosheid, wanhoop en angst
- Grote vermoeidheid
- Sterke neiging tot piekeren
- Huilen zonder dat dit oplucht of graag willen huilen maar dit niet kunnen
- Traagheid in praten, denken en bewegen of lichamelijke onrust
- Gebrek aan eetlust en gewichtsverlies of juist overdreven eetlust en gewichtstoename

- Moeite met inslapen of doorslapen of juist niet uit bed kunnen komen
- Weinig of geen zin in vrijen
- Lichamelijke klachten zoals: verstopping, een droge mond, onverklaarbare pijn, duizeligheid, hartkloppingen, trillende handen, druk op de borst en hoofd- en rugpijn

Niet alle depressies zijn hetzelfde. Ze kunnen variëren van mild tot zwaar.

Een speciale vorm van depressie is de manisch-depressieve stoornis. Bij mensen met een manisch-depressieve (bipolaire) stoornis wisselen perioden van grote somberheid en passiviteit en perioden van extreme activiteit en opwinding elkaar af. Tijdens een manische periode verliezen mensen het zicht op de realiteit. Ze kopen dingen die ze niet kunnen betalen of sluiten zakelijke overeenkomsten af met onverantwoorde financiële risico's. In hun depressieve periode vervallen ze tot grote besluiteloosheid en dodelijke vermoeidheid.

Schizofrenie

Schizofrenie kenmerkt zich door het optreden van psychosen. Niet iedereen die een psychose doormaakt, heeft schizofrenie. Van schizofrenie is sprake als iemand één langdurige psychose of meerdere psychosen heeft doorgemaakt en als dit gepaard gaat met een belangrijke achteruitgang van het sociaal en beroepsmatig functioneren, en dit over een periode van minstens 6 maand.
Onder psychose verstaan we dat iemand het normale contact met de werkelijkheid is kwijtgeraakt. Dit uit zich door volgende symptomen: wanen (bijvoorbeeld mensen denken dat ze achtervolgd worden of het slachtoffer zijn van een complot), hallucinaties (bijvoorbeeld mensen horen stemmen), verward denken (het denken gaat te snel, te langzaam of verloopt chaotisch).
De verschijnselen die horen bij een psychose worden de positieve symptomen van schizofrenie genoemd. Het zijn ervaringen die we normaal niet hebben.
De verschijnselen van het verminderd functioneren worden de negatieve symptomen van schizofrenie genoemd: bepaalde vaardigheden of eigenschappen verminderen of vallen weg.
Mensen met schizofrenie functioneren in de perioden tussen de psychosen sociaal en psychisch minder goed. Ze lijken weinig energie te hebben en tonen weinig emoties. Ze verwaarlozen zichzelf, hun werk en hun sociale contacten. Ze begrijpen sociale situaties en signalen niet altijd even goed.
Schizofrenie treft jonge mensen in een periode dat hun identiteit haar definitieve vorm krijgt en ze de basis moeten leggen voor hun relationele, sociale en professionele toekomst.

Borderline Persoonlijkheids Stoornis (BPS)

Borderline is gekenmerkt door instabiliteit op een aantal gebieden en plotselinge veranderingen in gevoelens, stemmingen, relaties, zelfbeeld en gedrag.
Meerdere van onderstaande symptomen kunnen zich voordoen.

- Impulsiviteit: zich halsoverkop in een nieuwe relatie storten of plotseling van job veranderen zonder daarbij na te denken over de eventuele gevolgen, geen maat kunnen houden (bijvoorbeeld geldverspilling, alcohol- en drugmisbruik, eetstoornissen, snel wisselende sexuele contacten)
- Stemmingswisselingen: plotselinge woede-uitbarstingen gevolgd door een vrolijke bui (alsof er niks gebeurd is), overgevoelig reageren op gebeurtenissen en uitspraken.
- Zwart-wit denken: de wereld wordt opgedeeld in uitersten (zwart en wit, goed en slecht, alles of niets...).
- Extreme angst om verlaten te worden maar tegelijkertijd bang voor intieme relaties, niet accepteren dat anderen zich met hun leven gaan bemoeien, moeilijk alleen kunnen zijn, hoge verwachtingen naar anderen toe, vaak heftige maar korte relaties, claimend en manipulerend gedrag.
- Opzettelijke zelfverwonding (bijvoorbeeld snijden om iets te voelen) of suïcidaal gedrag.
- Aanhoudend gevoel van leegte of verveling en verwoede pogingen om vermeende of echte verlating te voorkomen.
- Identiteitsonzekerheid: weinig zelfvertrouwen en een negatief zelfbeeld, constant twijfelen over hoe men iets aanpakt en wat men met zijn leven wil.

Mensen met borderline kunnen heel succesvol, aantrekkelijk en sociaal overkomen door de spontaniteit en het gemak waarmee ze contacten leggen. Onderliggende angsten blijven zo verborgen. De stoornis gaat verder vaak gepaard met andere psychische problemen zoals depressie, angststoornissen, eetstoornissen, posttraumatische stress of drugs- of alcoholafhankelijkheid.
De ziekte komt meestal tot uiting tussen het 17e en 25e jaar.

Posttraumatische stress-stoornis
Bij mensen die na een schokkende gebeurtenis (bijvoorbeeld overval, aanranding, verkrachting, gijzeling, oorlogsgeweld, auto-ongeluk) te maken krijgen met lichamelijke en psychische klachten die niet binnen de drie maanden verdwijnen, kan er sprake zijn van een posttraumatische stress-stoornis. De gebeurtenis heeft psychisch een diepe wond (=trauma) geslagen en roept zoveel stress op dat het dagelijks leven erna (=post) ernstig is verstoord. Soms krijgen mensen pas na maanden of jaren last van de traumatische ervaring, bijvoorbeeld slachtoffers van incest en mensen met oorlogservaringen.
De verschijnselen van posttraumatische stress wisselen elkaar af: het ene moment heeft de persoon last van herbelevingen, dan weer overheersen vermijding en gevoelens van emotionele verdoving en gevoelloosheid.

<u>Herbeleving</u>

- De persoon beleeft alles opnieuw, alsof het op datzelfde moment gebeurt.
- Nachtmerries en onrustig slapen.

- Terugkerende herinneringen en gedachten aan de gebeurtenis.
- Regelmatig terugkerende heftige angstreacties, met hartkloppingen en ademhalings-moeilijkheden, hevig trillen en zweten, verlamd zijn van schrik of de neiging weg te rennen; deze reacties komen vooral op in situaties die aan de gebeurtenissen herinneren

Vermijding
- Verdringing: de hele gebeurtenis of bepaalde momenten eruit vergeten.
- Gevoelloosheid en leven op automatische piloot.
- Ontkenning van het gebeurde en ervoor wegvluchten, bijvoorbeeld in keihard werken of overmatig drinken.
- Er niet over willen praten en zichzelf afsluiten voor anderen.
- De plaats van het gebeurde en situaties die eraan herinneren uit de weg gaan.

Verschijnselen van spanning en verhoogde waakzaamheid
- Gespannenheid, gejaagdheid, geen rust of geduld hebben en constant alert zijn
- Schrikachtigheid en overgevoeligheid
- Prikkelbaarheid, woedeaanvallen en huilbuien
- Somberheid en gebrek aan plezier en interesse
- Grote vermoeidheid, maar slecht in- of doorslapen
- Concentratieproblemen

Overige verschijnselen
- Zichzelf verwijten maken en de schuld geven van het gebeurde
- Minderwaardigheidsgevoelens

Mensen die op de één of andere manier getraumatiseerd zijn lijken kwetsbaarder voor het ontwikkelen van alcohol- en drugproblemen. Maar ook personen die kampen met middelenmisbruik of –afhankelijkheid hebben een duidelijk grotere kans met traumata geconfronteerd te worden. Een levensstijl met alcohol- en drugmisbruik brengt iemand vaker in contact met gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld gewelddadige gebeurtenissen, verkrachting). Het maakt ook dat iemand minder adequaat reageert op dreigend gevaar, remmingen vallen weg, beoordelings- en reactievermogen worden minder. Personen met een gecombineerde posttraumatische stress-stoornis en middelenmisbruik die in behandeling zijn, stoppen vaak hun behandeling vroegtijdig.

Bronnen:
www.geestelijke-gezondheid.be
www.similes.org
Dom, G. (1999). *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan.* Berchem: EPO

ADHD en middelengebruik: zie catalogus in bijlage of www.vad.be/documentatie

Organisaties:
- Federatie van Simileskringen, vereniging van familieleden en vrienden van personen met psychiatrische problemen T 016 23 23 82 of www.similes.org
- UilenSpiegel, Patiëntenvertegenwoordiging Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen T 02 539 39 25
- Trefpunt Zelfhulp, voor informatie over zelfhulpgroepen die met deze psychiatrische problematieken actief zijn T 016 23 65 07 of www.zelfhulp.be
- Centrum Zit Stil v.z.w., Vlaamse Vereniging voor ouders van kinderen en jeugdigen met aandachtsstoornissen, impulsief en overbeweeglijk gedrag. T 03 830 30 25 of www.zitstil.be

Bijlage 29

De valkuil: Wat staat centraal: druggebruik of een borderlinestoornis?

Van Dijk, J.J. (2001). De valkuil: wat staat centraal: druggebruik of borderlinestoornis. *Info: Tijdschrift voor Ouders van Druggebruikers 76.* Zutphen: Landelijke Stichting Ouders van Druggebruikers. (15-19).

Er kan een verband zijn tussen druggebruik en een Borderline Persoonlijkheids Stoornis (BPS) In dit artikel vertelt een ouder over BPS en zijn ervaringen met een cursus 'Omgaan met BPS-kinderen.' Het is zoals hij schrijft een tip voor ouders 'in de emotionele achtbaan'.

Na tien jaar machteloos tobben met het gedrag van onze drugsgebruikende zoon (25 jaar), bezocht ik een lezing over mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis (BPS) waarvan er naar schatting 150.000 in Nederland zijn.
Dikwijls zijn het juist deze mensen, die drugs gebruiken, hetzij uit het verlangen de realiteit en de maatschappij te ontvluchten of juist om hun gevoel van leegte te compenseren met 'mooie' ervaringen.
Enkele adviezen die wij als ouders en familieleden meekregen waren o.m.:
* Bouw eerst een tefalpanlaag om je heen en zorg vooral goed voor jezelf.
* Wees een spiegel (stabiel voorbeeld) voor je kind, en geen spons (van problemen).
* Herken voortijdig de mechanismen en manipulaties van je kind.
* Help je kind door a.h.w. juist niét te helpen: eigen verantwoordelijkheid geven.
* Volg een gerichte cursus om je eigen leven te redden i.p.v. het slachtoffer te worden.

Deze avond was voor ons, opgebrande en radeloze ouders, een openbaring en ik besloot zo'n cursus, 'Omgaan met BPS-kinderen' te volgen met als hoofddoel om ons eigen leven in die 'emotionele achtbaan' weer enigszins op orde te krijgen.

Hiermee dien je op termijn ook het belang van jouw ontspoorde kind door een zeer consequente en stabiele houding uit te stralen. Dus: door grenzen te stellen én ze te handhaven !
Op deze cursus leerde ik, hoe je met je kind moet communiceren.
Eerst gevoel (aandacht geven), dan verstand (standpunten kort en consequent blijven herhalen), en ten slotte de consequenties van ontsporend gedrag terugleggen op zijn/haar bord.

Hoe herken je de Borderline-stoornis?
In elk geval door:
* Impulsief en onvoorspelbaar gedrag (bijvoorbeeld geldverspilling);
* Onvoorspelbare stemmingswisselingen en onrustgevoelens.

Daarnaast door een combinatie van enkele kenmerken zoals:
* Woede-uitbarstingen ('acting out' gedrag);
* Angstig gedrag (acting out-gedrag, d.w.z. woede opkroppen);
* Verlatingsangst (bang om in de steek gelaten te worden) of juist:
* Fusieangst (niet accepteren, dat anderen zich met hun leven bemoeien);
* Depersonificatie: gestoorde identiteit, hechtingsproblemen, vertekend zelfbeeld;
* Verward gedrag (maar geen echte psychose!);
* Wisselende banen en relaties; vaak liefde-haat relaties;
* Derealisatie: vertekend wereldbeeld;
* Gevoelens van leegheid, boosheid en/of verveling;
* Niet alleen kunnen zijn of juist spanning zoeken; neiging tot zwerven;
*Claimend en manipulerend gedrag;
*Rationaliseren: eigen gedrag altijd weer rechtvaardigen met een reden;
*Weigering om hulp te zoeken ('ik mankeer niks, maar jullie ... de maatschappij ...');
* Soms: zelfbeschadiging ('snijden' om iets te voelen) of suïcidaal gedrag (aandacht)
* Gebruik van middelen (drugs, acohol)

Oorzaken van BPS
Men schat bij de helft van deze mensen, dat er sprake is van een erfelijke factor. Soms is 'vreemd' gedrag al in de vroege jeugd zichtbaar.
Bij anderen ziet men vaak traumatische ervaringen in de vroege jeugd: echtscheidingen, incest, adoptie e.d. BPS komt meer bij vrouwen dan bij mannen voor. Doorgaans wordt de stoornis echt manifest vanaf de adolescentie of vroege volwassenheid. Het muntje valt niet, het kacheltje wil maar niet branden. Na het 40ste levensjaar worden de verschijnselen enigszins minder en wordt de BPS'er rustiger.

Tip voor ouders
In geval van een BPS-stoornis, die met een test goed is vast te stellen heeft het geen enkele zin jarenlang ruzie te blijven maken over het drugsgebruik zelf. Dat is verloren energie!

Bij deze stoornis is het belangrijk, dat je door een cursus leert om te gaan met jouw kind, diens dieperliggende problemen te herkennen, en diens afweermechanismen te weerleggen.
Dat zijn: ontkenning (van feiten), rationaliseren (schijnverklaringen bedenken) en projectie (de schuld op andermans bord leggen). Het betreft dus een ernstige stoornis (met gedeeltelijk psychiatrische kenmerken).
Jouw schuldgevoelen, jouw verdriet, jouw schaamte lossen niets op, maar vreten alleen veel energie. Door de training die ik volgde, zijn wij in elk geval veel weerbaarder geworden.

Bestaat er therapie voor de BPS'er?
Ja, maar die is niét gericht op genezing, maar op beheersing van impulsgedrag en zelfcontrole. Doorgaans betreft het langdurend medicijngebruik (antipsychotica, antidepressiva of lithium) in combinatie met gedragstherapie, met name de zogenoemde Linehan gedragstherapie. Dit vindt poliklinisch plaats. Bij verslaving wordt er een combinatietherapie gegeven. Langdurige opname op een psychiatrische afdeling werkt dikwijls averechts.

Begin niet zelf met therapie, want dat heeft nauwelijks kans van slagen.
Beter is : afstand scheppen , grenzen stellen, kort blijven herhalen wat voor jou wel en niet meer acceptabel is, en ernaar blijvend handelen! Niet steeds de rol van de redder spelen!

Onze zoon weigert die therapie vooralsnog en blowt, iets waar hij althans niet tegen kan.
Deze weigering is kenmerkend voor de BPS'er. Therapie is voor hen vaak té bedreigend; het opgeven van een gevoel van eigenwaarde, identiteit en vrijheid, gecombineerd met gebruik van middelen, is vaak pas een laatste keuze als zij werkelijk beseffen en lijfelijk ondervinden, dat ze echt totaal stukgelopen zijn.

En u?
Doordat wij ons eigen leven door de training nu beter op orde hebben, kunnen we beter ons beroep uitoefenen, toch genieten van ons eigen leven en vooral ons gezinsleven stabieler houden. Want een BPS'er, die gebruikt, is wel degelijk zelf verantwoordelijk voor zowel zijn gebruik als het besluit om hulp te zoeken (via de huisarts), zeker als hij of zij ouder wordt.
De Riagg's (waar ik vroeger weinig vertouwen in had) hebben zich thans goed op BPS gespecialiseerd én organiseren ook trainingen voor BPS-ouderondersteuningsgroepen.
(Naast steungroepen voor 'kinderen van BPS-ouders' en therapieën voor BPS'ers zelf.)
Als u het bovenstaande herkent, kunt u meer informatie inwinnen bij het Riagg of literatuur aanvragen bij de Stichting Labyrint/ In perspectief Postbus 12132, 3501 Utrecht.

Verslaafd aan de verslaafde?
Den Bakker J.K, 1997, pag. 30.

Waarom is een verslaving zo krachtig? De cirkel
Ooit wel eens een jonge speelse hond gezien die achter zijn eigen staart aanloopt? De hond blijft rondjes draaien. Een verslaafde blijft net zo rondjes draaien. Verslaving is een gesloten cirkel waarin de verslaafde verstrikt zit. W.R. van Dijk beschreef verschillende cirkels die een verslaafde in een ijzeren greep houden. Cirkel één. De verslaafde gebruikt overmatig veel drugs, alcohol of gokt veel. Nadat de roes over is realiseert hij of zij zich dat het niet goed gaat. Schaamte, schuldgevoelens en angst zijn het resultaat. De verslaafde heeft steeds minder mogelijkheden om op een betere manier (zoals praten of sporten) om te gaan met die nare gevoelens. Om de emoties weg te drukken gaat de persoon meer gebruiken. De cirkel is rond.
Cirkel twee. De verslaafde krijgt door het vele gebruik problemen. Ruzie thuis, moeilijkheden op het werk of op school, schulden. De verslaafde zoekt andere mensen op die veel gebruiken want die zeuren tenminste niet dat hij of zij moet stoppen. Op een gegeven moment kan het zover komen dat de verslaafde alleen nog omgaat met andere verslaafden. Daardoor gaat hij of zij zichzelf zien als één van de druggebruikers, of één van de zware drinkers, of een van de gokkers. Het gevolg is meer drinken, gebruiken of gokken. En ook deze cirkel is rond.
Cirkel drie. De verslaafde gebruikt drugs of alcohol en het lichaam stelt zich hierop in. Wanneer de verslaafde ophoudt gaat het lichaam protesteren: de verslaafde wordt ziek. Dit zijn de onthoudingsverschijnselen. Om dit te voorkomen gaat de verslaafde meer gebruiken. De cirkel sluit zich.
Cirkel vier. De verslaafde gebruikt overmatig veel alcohol en beschadigt zijn of haar hersenen. Daardoor heeft de persoon minder invloed op het eigen gedrag. Hij of zij kan nog minder de impuls weerstaan om weer te gaan drinken. Meer alcoholgebruik is het gevolg. Cirkel vier is ook rond. Deze laatste kringloop treedt alleen op bij alcohol omdat deze drug de hersenen aantast.
De cirkels versterken elkaar. Het gevolg is een moeilijk te doorbreken spiraal naar beneden.

Verslaafd aan de verslaafde?
Den Bakker J.K, 1997, pag. 31.

Waarom raakt iemand verslaafd? De vergissing
Wat gebeurt er wanneer een arts een verkeerde diagnose stelt en de foute medicijnen voorschrijft? De ziekte wordt niet bestreden en de patiënt heeft er nog een probleem bij. De patiënt wordt zieker door de verkeerde medicijnen. Met verslaving is het net zo.
Verslaving kan gezien worden als een 'vergissing' en wel op drie manieren.
Ten eerste, de verslaafde haalt lange en korte termijn door elkaar.
Mensen hebben de neiging om ongemak te vermijden en plezier na te streven. Anders gezegd, mensen proberen lustgevoelens te hebben en onlustgevoelens te vermijden. Lustgevoelens zijn alle fijne sensaties. Onlustgevoelens zijn alle vervelende gevoelens zoals pijn, verdriet, eenzaamheid. Drugs, gokken, alcohol geven plezierige gevoelens en wel onmiddellijk. Dit instant lustgevoel kan op gespannen voet komen te staan met ongemak op langere termijn. Drinken is leuk, maar veel drinken veroorzaakt allerlei moeilijkheden op den duur. Dan moet de verslaafde kiezen tussen ongemak op korte termijn (het ongemak van het afkicken) en het ongemak op de lange termijn (doorgaan met het gebruik en de consequenties aanvaarden). Omdat in de hersenen is vastgezet: innemen drug betekent onmiddellijk fijn voelen, kiest de verslaafde alsmaar weer voor lustgevoelens op de korte termijn en probeert de onlustgevoelens veroorzaakt door de verslaving op de lange termijn te onderdrukken door de kortetermijnoplossing.
Ten tweede, de verslaafde verwart genieten met geluk. Er is een verschil tussen genieten en geluk. Genieten kun je van allerlei mooie dingen in het leven: van een voetbalwedstrijd tot een concert. Genieten is natuurlijk prima, maar we moeten het niet verwarren met geluk. Gelukkig ben je wanneer het leven zin heeft, wanneer echte relaties en eigenwaarde het leven bepalen. Gelukkig zijn wil natuurlijk niet zeggen altijd vrolijk zijn. De verslaafde heeft zich vergist tussen genieten en geluk. Hij/zij heeft geprobeerd om door het genieten van roesmiddelen geluk te verwerven. Op de lange duur heeft dit alleen maar geleid tot ongeluk. Het leven kreeg minder zin, relaties verslechterden en de eigenwaarde daalde tot beneden het nulpunt. De verslaafde kan door de obsessie van de verslaving niet of nauwelijks meer genieten van andere dingen in het leven. Een niet verslaafde kan van vele kleine dingen genieten: een mooie wandeling, een leuke film, een interessant gesprek. Iemand met een ernstig verslavingsprobleem is te druk bezig met het volhouden van de verslaving en heeft niet meer de openheid om van kleine dingen in het leven te genieten. Genot kan uit de fl komen, geluk niet. Drugs, gokken en alcohol geven de illusie gelukkig te kunnen maken. Ze komen die belofte nooit na.
Ten derde, de verslaafde haalt middel en doel door elkaar. Een ernstige verslaving wordt een levensdoel. De verslaafde leeft als het ware voor de verslaving, of liever gezegd voor de roes of de kick. Eerst zocht hij of zij het effect van de drug om het leven te veraangenamen, om het meer kleur te geven. De drug was een middel. In de fase van verslaving is dat middel zelf een doel geworden. De verslaafde heeft zich vergist tussen middel en doel.
Verslaving is geen gevolg van immorele genotzucht, gebrek aan ruggengraat of een slecht karakter. Verslaving komt voort uit een verkeerde manier van omgaan met levensproblemen. Het is een 'vergissing' met grote gevolgen.

Verslaafd aan de verslaafde?
Den Bakker J.K, 1997, pag. 51-57.

5. VERSLAAFD DENKEN EN DOEN

Mensen die met een verslaafde te maken hebben, staan soms versteld van diens rare gedachtekronkels. De Amerikaanse psychiater Abraham Twerski noemt het 'verslaafd denken'. De ideeën die worden besproken zijn gebaseerd op zijn werk. 'Verslaafd denken' is het onderwerp van het eerste gedeelte van dit hoofdstuk.
Niet alleen de manier van denken van de verslaafde drijft de omgeving tot wanhoop, ook zijn of haar gedrag. Ouders, partners en anderen die met een verslaafde te maken hebben, kunnen oplopen tegen manipulatie, leugens, stelen en agressie. Omdat dit gedrag direct voortkomt uit de verslaving zullen we het hebben over 'verslaafd doen'. In het tweede deel van dit hoofdstuk is 'verslaafd doen' ons thema.

Verslaafd denken

Iemand die zijn of haar controle over de gewoonte om veel te drinken, drugs te gebruiken of te gokken is verloren, is ook de beheersing over zijn of haar gedachten kwijt. De verslaving vervormt de denkprocessen van de verslaafde met één doel: het instandhouden van de verslaving.

Aanpassen van je denken aan je doen

Als er een kloof is tussen wat mensen vinden en wat ze doen, is er een probleem. Vindt iemand bijvoorbeeld dat hij of zij altijd met het openbaar vervoer zou moeten reizen en deze persoon rijdt vaak in de auto dan is er een tegenstrijdigheid tussen opvatting en gedrag. Dat is onplezierig en moet opgelost worden. Dit kan op twee manieren. Mensen kunnen hun doen in overeenstemming brengen met hun denken. In ons voorbeeld stopt de persoon met autorijden. Maar dat valt niet mee, want dat

vraagt veel aanpassingen. Vaker doen mensen het andersom. Ze brengen hun denken in overeenstemming met hun doen. In het voorbeeld verzint de persoon redenen waarom autorijden eigenlijk niet zo slecht is, of waarom het in zijn of haar geval wel mag. Zo wordt de kloof gedicht.

Verslaafden hebben last van een kloof tussen wat ze vinden en wat ze doen. De nadelen van het drinken, gokken of druggebruik zijn op een gegeven moment overduidelijk. Verslaafden vinden dat ze moeten stoppen, maar stoppen lukt niet. In het verleden zijn alle pogingen om te stoppen of te minderen op niets uitgelopen. De gedachte om voor altijd te stoppen is beangstigend. Daarom gaan verslaafden door. Ze moeten het conflict tussen opvatting en gedrag oplossen. Daarvoor hebben ze een aantal 'trucs'.

Het is er niet

Ontkenning is de eerste 'truc'. Verslaafden spelen struisvogelpolitiek omdat het besef verslaafd te zijn te onaangenaam is. Het is bijzonder pijnlijk om je te realiseren dat je je vrijheid hebt opgeofferd aan alcohol, drugs of gokken. Andere mensen veroordelen dat. Ze vinden dat verslaafden geen ruggengraat hebben of dat verslaafden stom zijn dat ze het zover hebben laten komen. Toegeven dat je verslaafd bent, wordt dan moeilijk. Bovendien moet de verslaafde iets aan het probleem doen wanneer hij of zij toegeeft dat er een probleem is. Maar stoppen wil de verslaafde niet. Daarom zeggen verslaafden gewoon dat er geen probleem is en dat alles onder controle is. Ze zeggen: 'Het is er niet.'

– Ik ben geen alcoholist. Als ik zou willen zou ik er zo mee kunnen ophouden.
– Ik ben nog altijd de baas. Ik heb het gokken onder controle en niet andersom. Ik doe het alleen voor de lol.
– Verslaafd? Ik?? Hoe kom je erbij. Zie ik er soms uit als een alcoholist?

Als verslaafden zulke ontkenningen vaak genoeg herhalen dan gaan ze er zelf in geloven. Het zijn dus wel leugens, maar geen bewuste leugens.

Ontkenning is onderdrukken. De verslaafde onderdrukt de waarheid die hij of zij liever niet wil weten. Dat onderdrukken kost veel energie. Het duveltje zit in het doosje en wil eruit. Met kracht moet de deksel op de doos worden gehouden. Om deze spanning te verminderen zegt de verslaafde: 'Het is er wel een beetje, maar het valt wel mee.'

Het is er wel een beetje, maar het valt wel mee

Mensen die veel drinken gebruiken vaak verkleinwoorden. Ze hebben het niet over pils en een borrel, maar over pilsje en borreltje. Rokers zeggen liever sigaretje dan sigaret. Pillenslikkers praten over pilletjes en niet over pillen. Ze doen dit omdat het minder lijkt wanneer ze verkleinwoorden gebruiken. Verder lijkt het minder wanneer verslaafden hun gebruik vergelijken met anderen die er nog meer van kunnen.

Het valt best mee met mij. Ik drink niet veel. Mijn buurman, die drinkt.

Het is er wel een beetje, maar niets vergeleken bij mijn andere problemen

Op een gegeven moment valt het niet te ontkennen dat het drinken, gokken of druggebruik problemen oplevert. De verslaving veroorzaakt bijvoorbeeld ruzies, schulden, gezondheidsproblemen of ontslag. 'Maar,' zegt de verslaafde, 'die problemen zijn klein vergeleken bij mijn echte problemen.' Het gebruik wordt wel als probleem erkend, maar nog niet als probleem nummer één.

Ja, ik drink wel een paar borreltjes, misschien zelfs wel eens een paar te veel, maar dat is absoluut niet mijn probleem. Mijn huwelijksproblemen en al die toestanden op het werk zijn mijn echte problemen.

Het is er wel, maar het is de schuld van anderen

Wanneer het steeds moeilijker wordt om te ontkennen dat de verslaving *het* probleem is, kunnen verslaafden zeggen dat ze er niets aan kunnen doen omdat anderen er de oorzaak van zijn. 'Ze hebben mij verslaafd gemaakt.' De vinger die naar anderen wijst zorgt ervoor dat de verslaafde zelf buiten schot blijft. Verslaafden hoeven geen verantwoordelijkheid te nemen wanneer ze anderen de schuld geven. Terwijl de verslaafde wacht tot anderen verbeteren, kunnen ze doorgaan met het drinken, druggebruik of gokken.

Regelmatig wordt de ouders verweten dat ze in de opvoeding te kort zijn geschoten.

Mijn ouders moesten mij niet. Ze hebben nooit echt van mij gehouden. Daarom ben ik op een gegeven moment naar Amsterdam gegaan. Ik zocht liefde. Hier ben ik met drugs begonnen.

Soms wordt gezegd dat vrienden hen aan de drugs hebben geholpen.

Ik had een vriend en die spoot zonder dat ik het wist heroïne in mijn sigaretten. Zo ben ik verslaafd geraakt.

Soms wordt de verantwoordelijkheid bij de maatschappij gelegd.

Ik ben aan de drugs gegaan, want die rotmaatschappij moet mij niet.

Het komt eveneens voor dat de verslaving geweten wordt aan een ingrijpende gebeurtenis, bijvoorbeeld seksueel misbruik of een andere traumatische ervaring.

Wat de verslaafden zeggen kan geheel of gedeeltelijk waar zijn. Er zijn vele verslaafden die verschrikkelijke dingen hebben meegemaakt. Het doorgaan met misbruik van middelen lost echter niets op.

Het is er en ik ga stoppen, maar niet nu

Ontkennen, verkleinen, wijzen naar anderen, het kost de nodige energie om dat vol te houden. Op een gegeven moment zijn de problemen zo groot dat het niet meer lukt. De verslaafde moet stoppen. Nu werkt het verstand overuren om een uitweg te vinden. De 'truc' die nu toegepast wordt is uitstellen. De verslaafde zegt: 'Ik ga stoppen, maar ik stel het nog even uit. Ik wacht op dé ideale tijd om te stoppen. Ik wacht tot alle problemen zijn opgelost. Ik wacht op de kracht om te stoppen. Ik wacht op de ideale hulp. Ik wacht...'

– Ik ga stoppen met roken, maar ik weet zeker dat ik het niet kan volhouden zonder hulp. Ik kan alleen stoppen wanneer er een kliniek is die mij ervan af helpt. Daar wacht ik op.
– Ja, ik ga stoppen, maar pas wanneer ik er echt klaar voor ben.
– Nog een keer en dan hou ik ermee op.

Deze tactiek kan soms jaren worden volgehouden. En niet zelden zal de verslaafde zelfs toegeven dat het uitstellen is. Maar dan verzint hij of zij weer een nieuwe reden om nu nog niet te stoppen.

Het is er wel, maar het kan niet anders

Alle 'trucs' die we besproken hebben worden ongeloofwaardig wanneer de problemen zich nog verder opstapelen. Wat moet een gokker doen wanneer hij of zij zoveel schulden krijgt dat gevangenisstraf dreigt. Wat moet een drinker wanneer de arts zegt dat overmatig drinken ernstige leververvetting heeft veroorzaakt? Wat kan een druggebruiker zeggen na twintig jaar lang dag in, dag uit met drugs bezig te zijn geweest? Ook wanneer het zover is dan is het verstandspel nog niet uitgespeeld. De verslaafde geeft toe verslaafd te zijn en zegt erbij dat het niet anders kan, dat het bij hem of haar hoort.

Meestal hebben mensen met ernstige verslavingsproblemen een laag zelfbeeld. Dat wil zeggen, ze vinden zichzelf

waardeloos. Hun leven is niet geworden wat ze ervan verwacht hadden. Ze hebben spijt en voelen zich schuldig. Ze denken dat het leven onder de maat is omdat zij een slecht karakter hebben. Daarom zien ze geen reden en geen mogelijkheid de verslaving te lijf te gaan.

– Ik ben verslaafd, want ik kan niet tegen pijn. Dus ik moet wel doorgaan.
– Eens verslaafd, altijd verslaafd. Daar kan en wil ik niets aan veranderen. De maatschappij moet mij drugs geven dan hoef ik niet meer te stelen.

'Verslaafd denken' is nauw verwant aan verslavingslogica. Dit is ons volgende onderwerp.

Verslavingslogica

– Ik kan geen alcoholist zijn want ik drink alleen bier.
– Ik ben niet verslaafd want ik zie er toch niet uit als een verslaafde?
– Roken is niet schadelijk, want het is nooit wetenschappelijk bewezen dat je er dood aan gaat.
– Ik, drankprobleem? Dat kan niet, want ik ben een vrouw en vrouwen raken niet verslaafd aan drank.

Deze uitspraken zijn pertinent onwaar. Het zijn voorbeelden van 'verslavingslogica', zoals psychiater Abraham Twerski het noemt. Verslaving vervormt het denken en zelfs de meest onlogische uitspraken worden voor waar gehouden. Ook slimme mensen vallen ten prooi aan 'verslavingslogica' wanneer ze een verslavingsprobleem hebben.
De oorzaak hiervoor ligt in het feit dat mensen selectief horen en zien. Er komen dagelijks enorm veel indrukken op ons af die we onmogelijk allemaal kunnen opnemen en verwerken. Daarom hebben we een filter in onze hersens. Deze filter zorgt ervoor dat bepaalde boodschappen wel doorkomen en andere niet. Bepaalde dingen zien we wel bewust en andere niet. We merken bijvoorbeeld maar een fractie van de ongeveer 1500 reclameboodschappen die dagelijks op ons afkomen op, maar wanneer we net een bepaald product gekocht hebben, nemen we alle reclames over dat product waar. Opeens filteren we die boodschap uit de veelheid aan boodschappen.
Bij mensen met drank-, gok-, of drugsproblemen zorgt de filter ervoor dat ze niet (in)zien dat wat ze doen schadelijk is. Ze krijgen een blinde vlek voor alles wat erop wijst dat ze de gewoonte een halt toe moeten roepen. Die blinde vlek beschermt de verslaving. Bijvoorbeeld, rokers lezen geen artikelen waarin staat dat roken ongezond is. Ze nemen echter wel voorbeelden waar van mensen die oud worden ondanks dat ze hun hele leven gerookt hebben. De conclusie die rokers uit hun selectieve waarnemingen halen is dat roken helemaal niet ongezond is.
Alles wat erop wijst dat het gebruik van drugs en drank en het gokken niet goed is en moet stoppen, wordt weggefilterd, want dat is te onaangenaam. Alles wat een bewijs lijkt te zijn dat het geen kwaad kan of zelfs goed is, wordt *niet* weggefilterd. Zo leidt de filter ertoe dat de meest onlogische opvattingen postvatten in de gedachte van de verslaafde.

Verslaafd aan de verslaafde?
Den Bakker J.K, 1997, pag. 57-58.

Verslaafd doen

Met een verslaafde leven kan erg zwaar zijn. Dat komt in de eerste plaats door het gedrag van de verslaafde. Mensen die met een verslaafde partner, kind of vriend te maken hebben, worden vaak misbruikt, belogen en bedrogen. Waarom gedraagt een verslaafde zich zo onmogelijk? Verslaving is allesoverheersend. De verslaafde ziet de mensen om hem of haar heen, in meerdere of mindere mate, als instrumenten om de gewoonte in stand te houden. De verslaafde spant anderen voor zijn of haar verslavingskarretje. We noemen dit gedrag 'verslaafd doen'. Het doel van 'verslaafd doen' is, net als van 'verslaafd denken', het volhouden van de gewoonte.

Zeker wanneer het verkrijgen van de roes kostbaar is zoals

bij gokken en illegaal druggebruik wordt het bij elkaar scharrelen van geld erg belangrijk. De omgeving wordt gebruikt als geldbron: lenen van pa of ma, stelen uit de huishoudportemonnee, liegen om aan geld te komen of frauderen op het werk.
Ouders, partners, vrienden, broers en zusters krijgen te maken met een verslaafde die alleen door kan gaan met de gewoonte wanneer hij of zij anderen erin laat lopen. De verslaafde manipuleert. Dit is volgens het woordenboek 'slim te werk gaan om zijn doel te bereiken' en 'handig werken, goochelen met minder gepaste middelen'. Met andere woorden, een manipulator kan andere mensen naar zijn of haar hand zetten, zonder dat deze het doorhebben.
Een goede manipulator heeft mensenkennis, ziet de zwakke plekken in de ander en maakt daar feilloos gebruik van.
Is de ander gevoelig voor complimenten, dan stort de manipulator zich daarop. Hij of zij prijst de ander de hemel in, als dat tenminste helpt om door te kunnen gaan met de verslaving.

Jij bent aardig en gevoelig. Jij bent de enige die mij begrijpt. Dat waardeer ik ontzettend. Kun je me vijfentwintig gulden lenen zodat ik wat te eten kan kopen?

Een ander foefje waar een manipulator gebruik van kan maken, is om de verantwoordelijkheid op een ander af te schuiven. Dit komt neer op morele chantage.

Ik heb drugs nodig. Als je me geen geld geeft, dan moet ik gaan stelen. Dat is dan jouw schuld.

Wanneer je nadenkt over zo'n uitspraak dan is het duidelijk dat het een rare gedachtekronkel is. Wie steelt er? Wie is daarvoor verantwoordelijk? Toch hebben veel mensen zulke redeneringen niet door en geven geld om niet 'schuldig' te zijn aan diefstal. Nog een voorbeeld waarbij de verantwoordelijkheid wordt doorgespeeld naar de ander.

Je moet bij me blijven en in me blijven geloven. Anders kan ik de drank niet de baas worden. Als jij me verlaat, gaat het bergafwaarts met me.

Iedereen wil graag nodig zijn en anderen helpen. Dat geeft een gevoel van eigenwaarde. Daar kan de manipulator handig gebruik van maken. Hij of zij raakt een gevoelige snaar wanneer vanuit een schijnbaar zwakke positie om hulp wordt gesmeekt. Weigeren is dan heel moeilijk.

Ik heb hulp nodig. Ik moet uit dit dal. Jij hebt nu de mogelijkheid om mij echt te helpen. Kun je dit of dat voor me doen?

Lukt dat allemaal niet dan kan dreigen met agressie geprobeerd worden. Dit doet de manipulator wanneer hij of zij aanvoelt dat de ander geïntimideerd kan worden. Dat kan een openlijke bedreiging zijn.

Als je me geen geld geeft, sla ik je in elkaar.

Het kan een bedekte bedreiging zijn. De suggestie van geweld wordt opgeroepen en vervolgens wordt de angst uitgebuit.

Je kent me. Ik heb al twee keer achter de tralies gezeten wegens mishandeling. Ik weet niet of ik mezelf onder controle heb. Als je me verlaat zeker niet.

Niet alle verslaafden spelen al deze manipulatiespelletjes in dezelfde mate. De meeste verslaafden maken zich wel schuldig aan een of andere vorm van manipulatie van de omgeving. Voor sommige mensen met verslavingsproblemen is het manipuleren zelfs een tweede natuur geworden. Ze proberen de ene na de andere truc. Wanneer de mensen in de omgeving van de verslaafde telkens gemanipuleerd worden, vertrouwen ze de verslaafde op een gegeven moment niet meer. Achter alles wat hij of zij zegt en doet

Metafoor: Rivier van verantwoordelijkheden

Uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD), VAD, 2004, pag 69

▸ **Metafoor 'Rivier van verantwoordelijkheid'** [1] (zie bijlage 19)

De metafoor wordt voorgelezen

"Gedurende 14 à 16 jaar reist een gezin samen in een kano op een rivier. In deze periode leren de ouders aan de kinderen: hoe de rivier te bevaren, hoe te vissen en te leven van hetgeen de rivier biedt, hoe te roeien en de kano te besturen, hoe opnieuw in de kano te klimmen als je overboord valt.

De kano komt aan een vertakking in de rivier waarbij de twee armen van de rivier gescheiden worden door een eiland.

Op het eiland is een winkel die kano's verkoopt. De ouders kopen nog een kano die de kinderen voor zichzelf kunnen gebruiken.

Bij de vertakking kan je kiezen langs welke kant van het eiland je verder wil varen. Na een tijdje komen beide armen van de rivier terug samen.

Aan de linkerkant van het eiland is de rivier rustiger. Het biedt de mogelijkheid om relaxer te varen, er kan gemakkelijk aangemeerd worden aan het eiland om even uit te rusten.

De kinderen kiezen de rechterzijde van het eiland. Daar is de vaarroute vlugger, uitdagender en riskanter. Soms nemen ze een paar zijriviertjes van deze route en ontdekken ze nieuwe gebieden en ervaringen. Nu moeten ze in praktijk brengen wat ze geleerd hebben over het overleven op de rivier.

Als de ouders de linkerzijde van de rivier kiezen dan kunnen de beide kano's elkaar opnieuw ontmoeten aan de andere kant van het eiland. Daar kunnen beide kano's een catamaran vormen, waarbij elke groep verantwoordelijk blijft voor zijn kano.

Het gebeurt dat een gezin bij de aankomst op het eiland geen kano koopt voor de kinderen, het gezin zet zijn tocht samen verder langs de rechterzijde, de woelige kant van het eiland of langs de linkerzijde.

De ouders blijven verantwoordelijkheid dragen voor de kano en de reis, zowel voor zichzelf als hun kinderen."

Discussievragen

- Is dit verhaal herkenbaar?
- Wat maakt dat ouders er soms voor kiezen de kinderen niet in een apart bootje te laten varen?

---

[1] Blyth, A., Bamberg, J., Toumbourou, J.W. (2000). *Behaviour Exchange Systems Training. A program for parents stressed by adolescent substance abuse.* The Australian Council for Educational Research ltd., Melbourne, Australia.

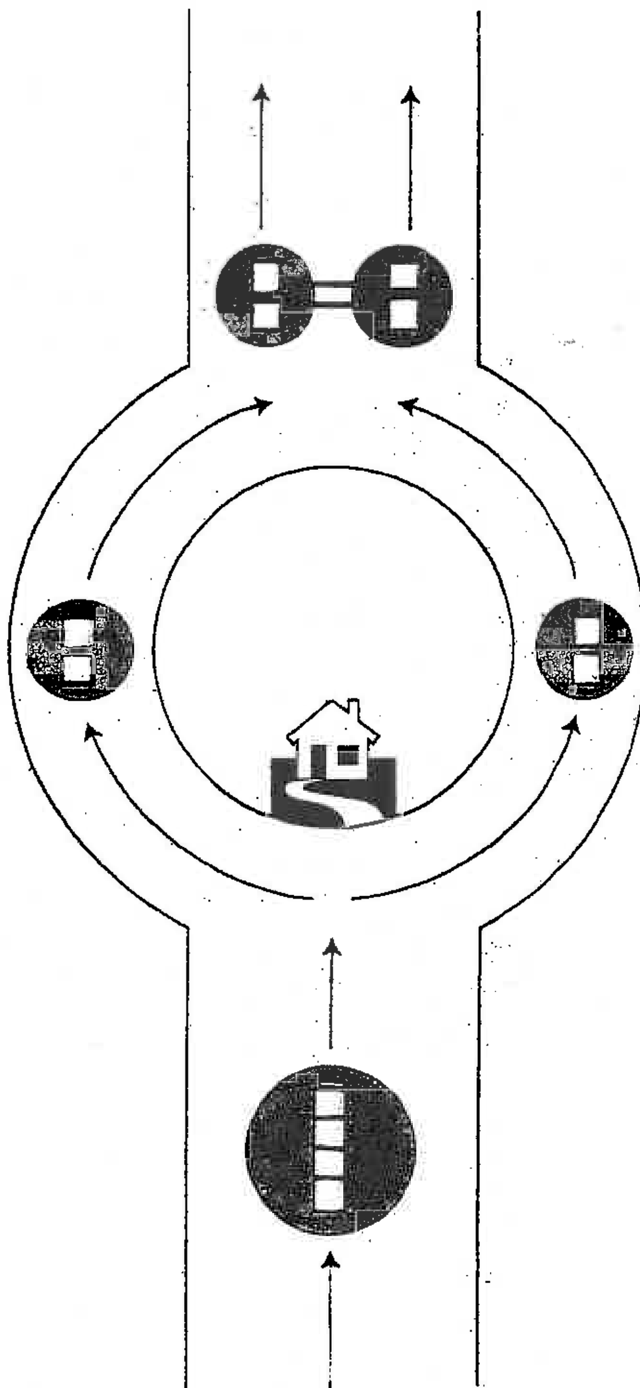
Wat zijn voor- en nadelen?

- Waar bevindt je bootje zich? Wie zit in je bootje?
- Wat maakt het moeilijk of gemakkelijk om je kind in een apart bootje zijn eigen weg te laten varen?

Naar aanleiding van deze metafoor kan over verschillende topics gediscussieerd worden:

- De wijzigende rol van ouders tijdens de adolescentiefase: van verzorger naar coach/ ondersteuner, van verteller naar luisteraar. Ook de rol van het kind wisselt: de rol van kind voor wie veel zaken gedaan worden verschuift naar de rol van adolescent die initiatieven neemt en keuzes maakt voor zichzelf. Een veel voorkomend probleem hierbij is dat adolescenten graag hun eigen keuzes maken (bijvoorbeeld het gebruiken van drugs) maar niet zo happig zijn om de gevolgen van die keuzes, vooral als ze niet zo positief zijn, ook te dragen.
- De adolescentiefase en druggebruik (zie hoger: Adolescentie en druggebruik: info)

Bijlage 19
Rivier van verantwoordelijkheid



Gedragsobservatie en signalen
Bron: De Maeseneire I, Vroeginterventie
uit: Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening, Kluwer, 2002. De Donder E., De Maeseneire I, e.a. Alcohol en druggebruik.

Middelengebruik heeft een invloed op het gedrag. In een aantal gevallen zijn de effecten slechts zichtbaar kort na het gebruik. In andere gevallen observeert men effecten van chronische (terugkerende) aard. Het is niet alleen de professionele hulpverlener die dit gedrag kan observeren. Vooral de omgeving, de mensen die dag in dag uit met de persoon samenleven of samenwerken kunnen deze signalen, gedragingen of effecten van gebruik makkelijk waarnemen.

Toch pleiten we hier voor voorzichtigheid.
In tegenstelling tot wat de media ons zo beeldend voorschotelen (bvb. spuiten, doorprikte armen) is het ontdekken van middelengebruik niet zo gemakkelijk en duidelijk.
Gedragsveranderingen kunnen wijzen op middelen(mis)gebruik, maar mogen zeker niet alleen vanuit dat oogpunt bekeken worden.
Ongeacht het aantal 'gedragssignalen' is het belangrijk een gesprek aan te knopen, alleen al maar omdat men *'zich zorgen maakt'* om het gedrag van een ander.
Sommige gedragingen moeten dus gezien worden als een belangrijke signaal. Op dat moment is het nodig om een gesprek met de betrokkene aan te knopen en eventueel vroegtijdig in te grijpen.

Er bestaan heel wat lijsten met overzichten van signalen die indicatief kunnen zijn voor problemen met druggebruik. Grosso modo gaat het om drie categorieën, namelijk gedragssignalen, fysieke signalen en attributen (Smith et al., 2001; VAD, 1992).

Zonder exhaustief te willen zijn, geven we hieronder een overzicht van veel voorkomende signalen.

- *Gedragssignalen*
  - Gedrags- of psychologische veranderingen: vaak is dit het eerste wat men kan observeren. Punctuele personen komen vaker te laat, schoolresultaten zijn slechter, men doet heimelijk, verliest het rijbewijs, vertoont een verminderde eetlust. Meestal hebben de betrokkenen min of meer overtuigende uitvluchten voor hun gedrag.
  - Verminderde productiviteit: plots verliest de persoon in kwestie zijn interesse verliezen voor hobby's of ziet men dat de productiviteit op het werk daalt. Hun prestaties verminderen in effectiviteit in verhouding tot vroeger.
  - Lenen van geld: het lenen van geld om een niet altijd zo voor de hand liggende reden. Vaak is terugbetalen een probleem. Geld lenen wordt in de beginfase vaak niet in vraag gesteld, het is een vrij gevoelig onderwerp. Na verloop van tijd merken vrienden van de betrokkene soms dat ze, zonder het van elkaar te weten samen grote sommen geld hebben uitgeleend.
  - Verandering in gemoedstoestand: drugs beïnvloeden de gemoedstoestand. Afhankelijk van het gebruik en van het middel ziet men ups en downs. Soms vervallen de betrokkenen in blijvende gemoedsstoornissen, zoals depressie, angst, achterdocht en dergelijke.
  - .....

- *Fysieke signalen* (meestal slechts zichtbaar op lange termijn)
  - Aan de inname van drugs zijn specifieke effecten verbonden. Afhankelijk van het soort drugs zijn fysieke signalen duidelijk waarneembaar op het vlak van intoxicatiesymptomen, overdosis en onthoudingsverschijnselen.
  - Het toedienen van sommige drugs laat duidelijk fysieke sporen na. Bij spuiten kan men denken aan littekensporen, bij cocaïne snuiven aan problemen met het neustussenschot, maar men ziet bijvoorbeeld ook problemen met coördinatie en evenwicht ten gevolge alcoholgebruik.
  - Verwijde of vernauwde pupillen of nystagmus *(uitleggen)* kunnen eveneens wijzen op drugmisbruik.
  - ...

- *Attributen* die men in de omgeving van de betrokkene kan vinden
  - Spuiten
  - Peuken
  - Zilverpapiertjes
  - Poedertjes
  - Verborgen flessen
  - Stukjes karton
  - Zwartgeblakerde lepeltjes
  - Lege medicatiestrips
  - ...

Motiverende gesprekstechnieken, Luc Taccoen
Uit: Verslaving en motivationele gesprekstechnieken. Handboek: het motivationele gesprek, Leuven, Garant, 2001. Broothaerts, Jean-Pierre (red.), Tack, Mark (red.)

4. Motiverende gesprekstechnieken

Luc Taccoen

Om het doel van de motiverende gespreksvoering beter te begrijpen, is het goed om naast de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente (1982), een 'verband' te zien tussen deze cirkel en de randvoorwaarden van een duurzaam veranderingsproces, de gebruikte strategieën en de concrete gesprekstechnieken. Het zijn de bouwstenen waarmee we ons huis zullen bouwen. Elk gesprek kan dan gezien worden als een uitdaging om met deze elementen steeds weer iets nieuws op te bouwen en elk gesprek te maken tot een uniek en authentiek geheel, in nauw contact met de belevingswereld van de cliënt.

4.1. Kenmerken van een veranderingsproces

Langzame verandering

Als eerste kenmerk van elke belangrijke verandering zouden we willen aanstippen dat een verandering meestal langzaam verloopt. Plotse veranderingen en beslissingen zijn meestal in stilte voorbereid. Het is goed dat we met dit gegeven rekening houden. Meestal verlangen we als therapeut te snel succes. Wanneer dit niet gebeurt, is de kans groot dat we onze frustraties en onze onmacht afschuiven op de cliënt en deze als niet-gemotiveerd etiketteren.

"De meest algemene fout, bij (leerling) therapeuten", aldus Lazarus (1990), "is wellicht dat ze te zeer proberen verandering bij de cliënt te bewerkstelligen. De studenten willen vaak hun supervisoren (en zichzelf) bewijzen hoe goed ze zijn en jagen om die reden(en) veel te vroeg hun cliënten op, dragen hen op iets te ondernemen".

Stadia in een veranderingsproces

Als tweede kenmerk kunnen we stellen dat een veranderingsproces in stadia verloopt. Het is belangrijk te weten dat de therapeut zich telkens moet 'aanpassen' aan het stadium waarin een cliënt zich bevindt. Elk stadium vereist een ietwat an-

dere aanpak. Op het moment dat een cliënt voor een beslissing staat, is het niet nodig nog veel te reflecteren. Dan is het moment aangebroken om hem over de streep te halen en hem te vragen welke concrete stap hij kan en zal zetten om zijn intentie in daden om te zetten.

"Nog een veel voorkomende fout van beginnende therapeuten", aldus Lazarus (1990), "is een gebrek aan flexibiliteit. Een vasthouden aan dezelfde strategie terwijl duidelijk is geworden dat deze geen effect sorteert". Vasthouden aan een bepaalde strategie op een verkeerd moment kan niet alleen stagnerend, maar ook remmend werken. Op die manier raken zowel therapeut als cliënt gedemotiveerd.

Ambivalentie en weerstand

Als derde kenmerk kunnen we stellen dat 'ambivalentie en weerstand' normale processen zijn die aan elke beslissing tot verandering voorafgaan. Ambivalentie omtrent iets of iemand is een dagelijkse ervaring. Het is moeilijk iemand voor te stellen die over belangrijke zaken helemaal niet ambivalent zou zijn. Honderd procent duidelijk weten wat je wilt als het gaat om belangrijke beslissingen, is eerder uitzondering dan regel. Dit fenomeen van ambivalentie speelt meermaals een sleutelrol bij veel psychologische problemen. Iemand die lijdt aan agorafobie, kan tegen zichzelf zeggen: "Ik wil naar buiten, maar ben ontzettend bang dat ik flauw zal vallen".

Het is duidelijk dat deze ambivalentie ook bij verslavingsproblemen een centrale rol speelt. Probleemdrinkers, verslaafden, gokkers, enzovoort, herkennen vaak de risico's, de kosten en de schade die zij door hun gedrag veroorzaken. Toch blijven ze, om vele redenen, gehecht en aangetrokken tot dit verslavend gedrag. Ze willen drinken en ze willen het ook niet. Ze willen gokken en ze willen het ook niet. Counselors die met verslaafden werken, interpreteren deze ambivalentie vaak verkeerd en zien het als een persoonlijkheidsprobleem, of een bewijs van onvoldoende motivatie. Een logische gevolgtrekking is dat de cliënt nog meer overtuigd moet worden van de negatieve gevolgen van zijn gedrag en dat het hoog tijd wordt dat hij beslist met zijn verslaafde gedrag stopt. Wat gebeurt er dan verder? De counselor benadrukt één aspect van de ambivalentie, legt de nadruk op de negatieve kanten van het gedrag. Zodra de cliënt op deze wijze wordt geconfronteerd met deze ene zijde van zijn conflict ("Je moet veranderen, want ..."), laat de cliënt de andere stem van zijn conflict horen ("Ja, maar ..."). Naarmate de counselor dit verkeerd begrijpt en nog meer op één kant van het probleem gaat staan, wordt de tweestrijd groter. Hoe meer de counselor overtuigt, hoe meer de cliënt de andere zijde - de voordelen van zijn gedrag - beklemtoont. Resultaat van het gesprek is dat de counselor helemaal overtuigd raakt van het ongemotiveerd karakter van zijn cliënt. We staan hier dan voor het omgekeerde van wat in de motiverende gespreksvoering wordt bedoeld. Wat tussen cliënt en

counselor gebeurt, is in essentie een 'acting-out' van de inwendige ambivalentie, die leeft binnen de cliënt. Helaas is dit stukje 'acting-out' therapeutisch gezien contraproductief.

Een mogelijke terugval

Een vierde en laatste kenmerk van het veranderingsproces is steeds opnieuw de mogelijkheid van een terugval. Ook al is de verandering vaak tijdelijk zeer succesvol, toch zien we dat mensen vaak vervallen tot het oude gedragspatroon. Beslissen om 'te stoppen met', is vaak geen eenmalig of rechtlijnig proces. Soms is het een gebeuren met vallen en opstaan, een uitproberen en weer mislukken.

Terugval is echter een leermoment. Vaak zien we mensen die steeds terugvallen. Toch zien we ook dat het hen, ondanks alles, op een gegeven moment lukt, ook al had niemand dat meer verwacht. Omgaan met terugval is een vaardigheid van, maar ook een beproeving voor de therapeut. Werken met verslaafden is niet altijd belonend, zeker niet op de korte termijn. Een therapeut die te afhankelijk is van deze beloning, verliest zijn kracht en raakt burn-out.

4.2. Zes randvoorwaarden voor een duurzame verandering

Naast de genoemde kenmerken van het veranderingsproces kunnen we een zestal randvoorwaarden noemen waaraan voldaan moet zijn, wil een veranderingsproces bij cliënt op gang komen en duurzaam zijn. De voorwaarden hierbij zijn als volgt:

— Cliënt heeft *voldoende kennis* van de problemen. Het probleem kennen is een conditio sine qua non. Hij moet zich bewust worden van zijn verslaving en op de hoogte zijn van wat dit allemaal kan inhouden. Meestal is hij wel gevoelig voor de gevolgen van zijn gedrag en voor de lichamelijke implicaties van zijn verslaving. Hij is meestal benieuwd naar de commentaren van zijn naaste omgeving, ook al laat hij dat niet merken. Het spreekt vanzelf dat al deze informatie niet in één keer moet worden gegeven. Ook hier is de timing van belang. Er doen zich meestal meerdere gelegenheden voor waarbij de cliënt vraagt naar meer kennis. Meestal is hij ook geïnteresseerd in de psychologische mogelijkheden van een verandering. Indirecte informatie - via lessen, boeken, brochures, enzovoort - kan zeer goed werken. Veel van deze informatie is minder moraliserend en de cliënt kan in eigen tempo het aanbod verwerken.

— Cliënt heeft *voldoende lijdensdruk*. Zonder een dosis bezorgdheid is er geen enkele reden waarom kennis alleen werkzaam zou zijn. Zolang de cliënt de nadelige gevolgen niet 'voelt', is er geen reden tot veranderen. Als je niet

'voelt' dat je longen zwart zijn van het roken, blijf je roken. De kennis dat je kanker kunt krijgen is veraf en van vooral toepassing op een ander. "Mij zal het niet overkomen ... en dan nog, je gaat toch wel ergens aan dood". Hiermee is de redenering rond en hoeft er niets te veranderen.

— Cliënt heeft *voldoende zelfwaardegevoel.* Wie zichzelf niet de moeite waard vindt, heeft weinig of geen reden om zijn negatief gedrag te wijzigen. Alleen wie zich de moeite waard vindt, zal op een gegeven moment in botsing komen met datgene wat hij doet. Dit kan een grote dissonantie in zijn zelfbeleving teweegbrengen en een vruchtbaar moment opleveren voor het nemen van een aantal beslissingen. Wie van zichzelf denkt dat hij 'een mislukkeling' is, hoeft niet te veranderen. Het past een mislukkeling om verslaafd te zijn. Is zijn verslaving trouwens niet het bewijs van zijn mislukt zijn? Als je niks waard bent, is het niet onlogisch dat je je negatief opstelt. Het past in je visie omtrent jezelf. Alleen wie over een zekere trots beschikt, komt in opstand tegenover zijn eigen gedrag en voelt zich geroepen er iets aan te doen.

— Cliënt heeft *voldoende competentie.* Zoals iemand voldoende zelfwaardegevoel moet hebben vooraleer zijn gedrag in constructieve zin kan wijzigen, moet hij ook een voldoende gevoel hebben van competentie. Competentie om de voorgestelde verandering tot een goed eind te brengen. Wie niet voldoende vertrouwen heeft in zijn vermogen om met zijn inzet resultaat te boeken, begint er niet aan. Ook al zou iemand willen breken met zijn verslaving, dan kan hij dit alleen maar als hij gelooft in zijn mogelijkheden. Veel mensen hebben bewondering voor iemand die bijvoorbeeld stopt met roken, maar voegen daar onmiddellijk aan toe: "Ik zou dat niet kunnen, dat is niets voor mij". Men meent zelf niet te kunnen wat iemand anders wel kan.

— Cliënt heeft *voldoende gevoel van vrijheid om zelf te beslissen.* Hiermee raken we een centraal punt in de discussie. Mensen worden niet graag gedwongen. Ook mensen die zeer afhankelijk en vrij beïnvloedbaar zijn, beslissen liever zelf.

— Cliënt heeft *voldoende gevoel van interne attributie en effectiviteit.* In een klein onderzoek dat we in beperkte kring hebben uitgevoerd, gaven mensen als belangrijkste oorzaken van een succesvolle behandeling aan: een betere kennis van alcoholisme en eigen wilskracht. De behandeling op zich en vele andere externe factoren leken veel minder relevant. Dit leidt ons ertoe om te stellen dat factoren als interne attributie en het gevoel door eigen handelen resultaat geboekt te hebben, essentiële elementen zijn in het handhaven van een succesvolle en blijvende verandering. Wie niet tot het gevoel komt dat hij door zijn eigen handelen iets bereikt heeft, zal niet groeien in zelfwaarde en vrijheid. Dit is trouwens één van de voornaamste resultaten van therapie-onderzoek: duurzaam succes komt alleen maar tot stand wanneer mensen de successen aan zichzelf kunnen toeschrijven.

Het uitlokken en stimuleren van deze zes randvoorwaarden is de doelstelling van de motiverende gesprekstechnieken. Therapeutisch gezien kunnen we nu het veranderingsmodel bekijken vanuit de mogelijke strategieën die we hierbij kunnen aanwenden.

4.3. Therapeutische strategieën

Vanuit dit perspectief kunnen we een aantal strategieën beschrijven die ons kunnen helpen om bovengenoemde randvoorwaarden te bereiken. De link met de veranderingscirkel en de gesprekstechnieken is hier opnieuw belangrijk.

4.3.1. Werken met cognitieve dissonantie

De cognitieve dissonantietheorie van Festinger (1957) houdt zich bezig met de 'cognitieve elementen' van de persoon, dat wil zeggen met zijn kennis, meningen en verwachtingen. De relaties tussen deze cognitieve elementen kunnen dissonant zijn op het moment dat de ene cognitie in strijd is met een andere. De dissonantietheorie veronderstelt dat de cognitieve dissonantie een onaangename ervaring is en dat de persoon deze onaangename ervaring probeert te beëindigen door het veranderen van één of meer cognities. Tot zover een algemene omschrijving van de theorie. Werken met cognitieve dissonantie heeft twee deelaspecten. Enerzijds kunnen we de dissonantie creëren, anderzijds moeten we erop toezien de spanningsreductie zo te sturen dat er een gewenste gedragsverandering op volgt. We moeten de dissonantie dus kunnen sturen in de richting van een gewenste gedragsverandering.

Creëren van dissonantie

Door het geven van informatie en door confrontatie (confronterende feedback, met respect voor het gevoel van eigenwaarde van de cliënt), is het vaak mogelijk het bewustzijn van de cliënt te vergroten en de dissonantie op te voeren. Meestal was de dissonantie latent aanwezig en neemt door het gesprek het bewustzijn en de spanning toe. Lijdensdruk en ambivalentie stijgen. De voor- en nadelen van het gebruik worden scherper gesteld en de weegschaal komt in beweging. Miller (1991) stelt motivatie voor als een interne weegschaal. Het is zelden zo, zo stelt hij, dat je iemand tegenkomt die helemaal geen problemen heeft met ambivalentie. Bijna alle probleemdrinkers denken op twee manieren over hun drinken. Enerzijds ervaren zij hun probleem en geven zij toe dat hun gedrag allerlei negatieve gevolgen heeft. Anderzijds zijn ze vaak bang als 'alcoholist' geëtiketteerd te worden en schrikt volledige abstinentie hen af. Op deze manier zijn ze in voort-

durende tweestrijd met zichzelf. Het aanwakkeren van deze tweestrijd is een therapeutische vaardigheid, die niet simpelweg gelijkstaat met angst- en schuldinductie.

Sturen van dissonantie

De dissonantie moet zo gestuurd worden dat er een verandering in gedrag optreedt: stoppen of minderen met drinken of gebruik. Dit kan enkel wanneer de opgeroepen dissonantie gepaard gaat met een verhoging van het gevoel van eigenwaarde en met een verhoging van het gevoel van competentie. Een hoog gevoel van zelfwaarde en een hoog gevoel van competentie zijn in tegenspraak met een destructief drinken. Iemand kan doorgaan met drinken en erkennen dat dit zelfvernietigend is, op voorwaarde dat hij een laag zelfrespect heeft, zichzelf toch niet de moeite waard vindt, of meent dat hij de specifieke vaardigheden mist om zijn drinken te stoppen. Kortom, het oproepen van de dissonantie en het aanwakkeren van de ambivalentie zijn enkel zinvol als je ook in staat bent het gevoel van zelfwaarde en competentie bij de cliënt te verhogen.

Laten we het voorbeeld nemen van iemand die rookt en tegelijkertijd weet dat roken schadelijk is voor de gezondheid. Deze persoon kampt met twee voorstellingen: "Ik rook" en "Roken is schadelijk voor de gezondheid". Deze twee cognities zijn duidelijk tegenstrijdig en cliënt zal iets moeten ondernemen. Door te stoppen met roken en een gedragsverandering door te voeren wordt de dissonantie opgeheven.

4.3.2. Werken met het keuzemodel

Werken met het keuzemodel is een strategische methode die vaak verkeerd begrepen wordt. Op het eerste gezicht lijkt het wel op een vorm van onverschilligheid of op een gebrek aan inzet van de kant van de therapeut. Niets is minder waar. Werken met het keuzemodel impliceert een serieuze inzet van de kant van de therapeut. Het is een strategie om de cliënt te helpen een eigen en een betere keuze te maken, juist door hem in zijn keuze vrij te laten. Kort samengevat, bestaat het keuzemodel hierin dat de therapeut aangeeft dat er twee wegen zijn om met problemen om te gaan: ofwel met de nodige inspanning van de klachten afkomen, ofwel met de klachten oud worden. De keuze is aan cliënt en beide keuzes zijn evenwaardig.

Van problemen afkomen, vraagt veel inspanning. Het is een illusie te denken dat veranderingen snel en gemakkelijk tot stand komen. 'Engels leren zonder moeite' bestaat niet. 'Oud worden met het probleem' is een volwaardig alternatief. De voordelen van het symptoom kunnen dan gehandhaafd blijven en men hoeft niet

de nodige inspanningen te doen voor resultaten in de toekomst die onzeker zijn en door niemand gegarandeerd kunnen worden. Wanneer we hier spreken van symptomen of problemen, bedoelen we ook de vele visies die mensen met betrekking tot zichzelf hebben en die blokkerend werken. Zo voorgesteld, wordt 'niet-kiezen', niet veranderen, toch kiezen. Hierin zit het paradoxale effect van het keuzemodel: men biedt een keuze aan in een situatie waar voorheen geen keuze bestond; men creëert vrijheid, zodat nu gekozen kan worden tussen veranderen en niet veranderen.

4.3.3. Werken met interne attributie

Attributie is een proces van het toeschrijven van veranderingen of gebeurtenissen aan een bepaalde oorzaak. Het toeschrijven van veranderingen aan pech, geluk, omstandigheden, ziekte of andere factoren, die men niet kan beïnvloeden, noemt men 'externe attributie'. Als je de verantwoordelijkheid van iets bij jezelf legt, de oorzaak in jezelf zoekt, spreken we van 'interne attributie'.

Seligman (1991) heeft met zijn studie van de aangeleerde hulpeloosheid laten zien welke invloed die attributie kan hebben op het menselijk gedrag en de menselijke motivatie. Depressieve of pessimistische mensen kennen succes toe aan externe factoren, terwijl ze tegelijkertijd hun mislukkingen toeschrijven aan zichzelf. Deze depressieve attributie gaat ook spelen wanneer we het succes van een behandeling of therapie gaan toeschrijven aan de therapeut, terwijl we de mislukking gaan toeschrijven aan het niet-gemotiveerd zijn van cliënt (iets wat nogal eens verleidelijk is ...).

Nochtans is het voor de motivatie van mensen van zeer groot belang de zaken om te keren. Het is goed dat we kunnen ontdekken waar mensen door hun inspanning tot resultaten zijn gekomen en dat ze zien dat hun falen te maken kan hebben met moeilijke omstandigheden. Een dergelijke visie geeft hoop en sterkt de motivatie om verder te gaan. Tevens zijn veranderingen ook veel duurzamer als de cliënt deze kan zien als het resultaat van zijn 'kennen' of 'kunnen'. Zijn mogelijkheden worden groter en zijn greep op de werkelijkheid wordt sterker. De cliënt is verantwoordelijk voor zijn eigen succes.

4.3.4. Werken met weerstand

In de 'motiverende gesprekstechnieken' wordt weerstand niet gezien als een persoonlijkheidskenmerk, maar als het resultaat van een interactioneel gebeuren. Dat wil zeggen dat de weerstand vooral te maken heeft met de wijze waarop de therapeut intervenieert en niet zozeer met de aard van cliënt.

Weerstand komt niet door de deur naar binnen

De weerstand komt niet door de deur naar binnen. Weerstand, aldus Miller (1991), is een kenmerk van de persoonlijke interactie tussen therapeut en cliënt. In die zin is het een 'therapeut-probleem'. Het is de therapeut die door zijn interventie weerstand 'opwekt'. Dit is een sterke uitspraak en misschien een uitspraak die bij therapeuten weerstand zal uitlokken. Toch verdient het aanbeveling weerstand op deze manier te bekijken. Het is een andere manier van kijken en het daagt je uit om andere wegen te vinden om de cliënt beter te bereiken. Bij het observeren van weerstand is het dan ook verstandig je eigen aanpak onder de loep te nemen en eventueel van strategie te veranderen. Dit wil niet zeggen dat we bij elke vorm van weerstand onmiddellijk alle schuld op ons moeten nemen en ons voortdurend moeten 'aanpassen' aan de cliënt. Een beetje weerstand kan geen kwaad en geeft aan het gesprek een zekere spankracht. Het is echter een 'signaal' wanneer de weerstand blijft bestaan. Slaan we als therapeut deze signalen in de wind, of doen we ze af als een bewijs van het niet gemotiveerd zijn van de cliënt, dan zijn we wellicht niet goed bezig.

Weerstand is observeerbaar gedrag

Deze tweede boutade is een variante van onze eerste uitspraak. Miller (1991) wil opnieuw wijzen op het feit dat weerstand geen 'inwendig' kenmerk is van de cliënt, maar een observeerbaar gedrag waarmee de cliënt iets duidelijk wil maken. De cliënt zegt dan eigenlijk zoiets als: "Stop, ik ben u niet, ik ben het er niet mee eens, wacht even, ik kan u niet volgen". Deze boodschap mag de therapeut in zijn spreken niet veronachtzamen, maar moet hij juist goed ter harte nemen. Het reflecteren van deze weerstand kan trouwens een belangrijke interventie zijn voor het verdere verloop van het gesprek. Gesprekstechnisch kan weerstand het best beantwoord worden met reflecties, veranderen van focus, benadrukken van de vrije keuze en positief herbenoemen.

Hiermee zijn we gekomen op het niveau van de gesprekstechnieken zelf. Het gaat hier om het meest zichtbare en observeerbare gedrag van de therapeut.

4.4. De gesprekstechnieken

Alvorens te beginnen met de gesprekstechnieken zelf, willen we eerst aandacht vragen voor een vaardigheid die bijna als een essentiële voorwaarde van elke gespreksbouding beschouwd moet worden. Het gaat om een belangrijk aspect van de emotionele intelligentie, namelijk de vaardigheid om 'niet te reageren'.

4.4.1. 'Niet reageren'

Misschien is het vreemd om binnen het kader van de gesprekstechnieken eerst over het 'niet-reageren' te spreken. Nochtans is deze menselijke vaardigheid van essentieel belang.

Luisteren betekent dat je eerst je eigen emoties onder controle kunt houden. Maar zelfs als je door te reageren geen grove fout maakt, kom je nog vaak terecht in de vicieuze cirkel van actie en reactie. Vraag bijvoorbeeld aan de vrouw waarom ze zo tegen haar man schreeuwt, en ze zal zeggen: "Omdat hij tegen mij schreeuwt". Vraag het hem, en hij zal zeggen: "Omdat zij tegen mij schreeuwt". Door te reageren, ga je deel uitmaken van het probleem en kom je vaak terecht in de spiraal van actie en reactie. Uit de natuurkunde weten we dat 'elke actie een gelijkwaardige en een tegengestelde reactie teweegbrengt'. De wet van Newton is van toepassing op objecten. Objecten reageren. Mensen daarentegen kunnen, als het nodig is, ervoor kiezen dat niet te doen.

4.4.2. De zes basisvaardigheden van het luisteren

De basisvaardigheden van het luisteren zijn:
- aandachtgevend gedrag;
- vragen stellen;
- parafraseren van inhoud;
- reflecteren van gevoelens;
- concretiseren;
- samenvatten.

Bedoeling van de luistervaardigheden

De luistervaardigheden zijn bedoeld om de cliënt 'aan het woord te laten'. In tegenstelling tot een discussie of een debat, waar men vecht om het laatste woord, is het de bedoeling van een motiverend gesprek om de cliënt maximaal het woord te geven. Het is niet de bedoeling dat de therapeut, vanuit zijn deskundigheid, het hoogste woord voert en zegt wat de cliënt moet denken en doen.

De klassieke luistervaardigheden zijn wellicht voldoende bekend. Toch stellen we vast dat deze vaardigheden niet zo gemakkelijk te verwerven zijn en dat hiervoor een zekere training noodzakelijk is.

Een gesprek is in de eerste plaats een kwestie van attitude

Spreken over gesprekstechnieken is niettemin een delicate onderneming. Velen kijken nogal neer op het woord 'technieken'. Een gesprek is toch meer dan het

toepassen van een aantal technieken?! Een goed gesprek is in de eerste plaats een kwestie van empathie, van onvoorwaardelijke acceptatie en congruentie. Het is een kwestie van 'aanvoelen', van in contact komen met je cliënt. En inderdaad, een echt en authentiek gesprek is meer dan alleen maar gebruikmaken van technieken of het toepassen van enkele gedragsregels. Een therapeutisch gesprek heeft duidelijk meer te maken met de 'attitude' van de therapeut dan met de gebruikte technieken. Tot zover een eerste opwerping.

Een gesprek is in de eerste plaats een kwestie van inzicht

Een tweede reactie heeft te maken met het feit dat technieken nooit geïsoleerd gezien kunnen worden van de 'vooropvattingen' die men hanteert bij het benaderen van de menselijke problemen. Afhankelijk van het therapeutisch 'inzicht' zullen de technieken op een andere manier worden ingevuld. Het is niet zo moeilijk om in te zien dat bijvoorbeeld een gedragstherapeut andere vragen zal stellen en tot andere reflecties of samenvattingen zal komen dan een cliëntgericht - of een systeemtherapeut. Ondanks dezelfde technieken krijgen we telkens een ander gesprek! Ieder zal de technieken toepassen in functie van zijn eigen 'inzicht' in de menselijke problematiek. De manier waarop een probleem al of niet begrepen wordt, is hier van doorslaggevend belang. De gebruikte technieken zijn hoogstens secundair.

Het belang van technieken: de toetsteen van onze attitude

De gesprekstechnieken hebben als voordeel dat het gaat om 'observeerbaar' gedrag. Observeerbaar gedrag is toetsbaar. Hierin kun je merken welke impliciete vooronderstellingen de therapeut hanteert. Hierin kun je ook de attitude van de therapeut aan het werk zien. Uit de observatie van de gesprekstechnische interventies kunnen we op meer objectieve wijze de zienswijze en de attitude van de therapeut bespreekbaar maken. We verlaten het domein van de goede bedoelingen en de vele interpretaties. Een therapeut die bijvoorbeeld hoofdzakelijk en zonder dat hij het goed beseft voortdurend 'gesloten' vragen stelt, kan op dit item grondig bevraagd worden. Dit alles is niet alleen belangrijk om de gesprekken beter te observeren en te evalueren. Het gebruik van de gesprekstechnieken is de spiegel van onze attitude. Het is tevens een hulpmiddel om onze attitude blijvend te vormen en te bewaken. Een therapeut die voortdurend vragen stelt, nooit parafraseert of gevoelens reflecteert, is wellicht niet meer aan het luisteren.

4.4.2.1. Aandachtgevend gedrag

Onder aandachtgevend gedrag willen we hier vermelden: het verbaal volgen, het bewust zijn van de eigen lichaamstaal (nonverbaal gedrag) en het gebruik van stiltes.

Het verbaal volgen

Door talrijke kleine verbale aanmoedigingen (ja, en, hm, en verder, ...) helpt de therapeut de cliënt zijn eigen gedachtengang en gevoelsbeleving te volgen en uit te spreken. De therapeut onthoudt zich van het aansnijden van nieuwe onderwerpen en vermijdt de eigen interpretaties. Hij stimuleert de cliënt 'zijn gedachten en gevoelens' verder te exploreren. Zo blijft de cliënt aan het woord en kan hij verduidelijken wat hem bezighoudt. Het is duidelijk dat dit verbaal volgen een stimulerende werking heeft op de cliënt en hem helpt bij het verbaliseren van zijn eigen beleving. Tevens is het een teken van 'respect' voor de eigen leefwereld van de cliënt.

Onze lichaamstaal (nonverbaal gedrag)

We zijn allemaal tweetalig. Naar iemand luisteren, toont zich in onze lichamelijke uitdrukking. Het is bekend hoe ons gelaat, onze lichaamshouding, ons oogcontact, onze gebarentaal en ook de toon van onze stem vaak veel meer zeggen over onze houding jegens anderen dan dat wat we letterlijk onder woorden brengen. Onze lichaamstaal is relatietaal. Er kan een zeer grote discrepantie ontstaan tussen beide niveaus van praten. Als de hulpverlener denkt: "Wat een gezeur", dan dient hij zich van die gedachte bewust te zijn en ook van het feit dat de bijpassende, verveelde gelaatsuitdrukking waarschijnlijk niet erg stimulerend zal zijn voor de cliënt. Het is fout te denken dat de cliënt dit niet opmerkt. Zich bewust van zijn verveelde gelaatsuitdrukking, kan de therapeut, indien opportuun, de nodige uitleg geven of kan hij zijn gelaatsuitdrukking 'bijstellen'. Velen zullen hierop reageren en stellen dat onze lichaamstaal niet zomaar bestuurbaar is. Inderdaad, onze lichaamshouding is voor een groot deel onwillekeurig, het is de expressie van onze gevoelswereld. Toch kan een bewuste bijstelling van onze lichaamshouding onze attitude beïnvloeden en onze aandacht opnieuw op scherp stellen. Indien dat niet lukt, is het beter transparant te zijn en de cliënt duidelijk te maken dat er iets is dat niet klopt. De eerlijkheid zegt dat de cliënt niet altijd de schuld is van de irritatie.

Het gebruik van stiltes

Bij stiltes kunnen we eerst onderscheid maken tussen 'korte' stiltes, die vaak vruchtbaar zijn, en 'langere' stiltes, die het gesprek eerder doen stokken. Daarnaast kunnen we een onderscheid maken tussen stiltes die door de therapeut geïnduceerd zijn en de stiltes die de cliënt zelf laat vallen. Als therapeut is het vaak goed een stilte te respecteren wanneer je een vraag hebt gesteld. Wanneer de cliënt niet reageert, kan dat een significante betekenis hebben. Laat hem worstelen met uw vraag en stel hem de vraag desnoods opnieuw. Wanneer de cliënt niet verder kan, is het nuttig deze stilte bespreekbaar te maken en pas daarna een nieuwe strategie toe te passen.

Wanneer de cliënt zelf een stilte laat vallen, moet je als therapeut niet onmiddellijk inspringen. Deze stilte kan verschillende betekenissen hebben. Een eerste reden kan zijn dat de cliënt bezig is iets te verwerken: hij laat iets tot zich doordringen, hij wordt zich bewust wat er gebeurt en probeert het gegeven nu reflexief en gevoelsmatig te ordenen. Een andere reden kan zijn dat het hem te machtig wordt: hij stokt, hij kan of durft niet meer verder. Hij beseft dat hij op een moeilijk terrein komt dat hij liefst zo snel mogelijk wil verlaten. Een derde reden kan simpelweg zijn dat de cliënt niet goed meer weet wat te zeggen. Hij is uitgepraat en heeft er niets meer aan toe te voegen. De betekenis van een stilte is niet op voorhand duidelijk. Het is aan de therapeut om in te schatten wat er gebeurt. Meestal is die inschatting mogelijk vanuit de context van het gesprek. Het is op grond van de onderkende betekenis, dat men adequaat kan reageren.

4.4.2.2. Het stellen van vragen

Wanneer de taal ons therapeutisch instrument is, dan is het stellen van vragen een belangrijk werkinstrument in dat therapeutisch proces. We bespreken een aantal mogelijke kenmerken van vragen en een aantal soorten vragen die therapeutisch van belang kunnen zijn.

4.4.2.2.1. Open en gesloten vragen

Het is duidelijk dat 'vragen 'stellen' wellicht de meest spontane en evidente techniek is die in een gesprek voorkomt. Wat een 'open' vraag is, kan misschien het best beantwoord worden in contrast met wat een 'gesloten' vraag is. Een 'gesloten' vraag is een vraag naar feiten of een vraag ter toetsing van een bepaalde informatie of hypothese. De therapeut wil een bepaalde vooronderstelling verifiëren. De vraag wordt gesteld met de bedoeling een specifiek antwoord te krijgen. De cliënt heeft weinig ruimte, hem wordt gevraagd welbepaalde en feitelijke informatie op tafel te leggen. Hij kan meestal enkel antwoorden met een 'ja' of een 'nee'. De nadruk ligt hier op het feit dat de therapeut 'wil weten', en niet op het 'evoceren' van een nieuwe belevenisinhoud van de cliënt. De grammaticale structuur van de vraag geeft vaak een aanwijzing voor het feit of we te doen hebben met een gesloten of een open vraag. Gesloten vragen beginnen met het werkwoord, gevolgd door het onderwerp. Open vragen zijn andersom gestructureerd.

Eerst enkele voorbeelden:

Open vragen	*Gesloten vragen*
"Welke problemen heb je veroorzaakt met je drinken?"	"Heb je problemen veroorzaakt met je drinken?"
"Wat zijn je motieven om te veranderen?"	"Heb je motieven om te veranderen?"
"Wat doet je geloven dat je ditmaal je beslissing kunt volhouden?"	"Geloof je dat je ditmaal je beslissing kunt waarmaken?"

De open vraag heeft als bedoeling de cliënt uit te nodigen bepaalde elementen van zijn verhaal verder te expliciteren. Het leidt cliënt tot zelfreflectie en exploratie van het eigen materiaal. Open vragen geven aan de cliënt de ruimte om zijn verhaal zelf in te vullen.

Of we al of niet werken met open en of gesloten vragen, merken we vooral aan de reactie van onze cliënt. Zo zijn er bijvoorbeeld gesloten vragen met de manifeste intentie tot verdere open exploratie. Het gaat dan om grammaticaal gesloten vragen met zeer vage of algemene inhoud als stimulus, of met meerdere inhouden die louter illustratief bedoeld zijn. Bijvoorbeeld: "Voel je je blij of droevig, of iets anders?". Meestal zul je aan de reactie van je cliënt merken of je vraag open of gesloten was. Gesloten vragen hebben echter ook hun functie.

Een waarschuwing is hier op zijn plaats. Het stellen van (met name gesloten) vragen kan een valkuil inhouden: *de valkuil van de ondervraging of de valkuil van vraag en antwoord*. De cliënt wordt dan aan een 'verhoor' onderworpen en geruisloos gaat de therapeut denken en voelen in de plaats van de cliënt. Dat helpt de cliënt niet zijn eigen denken en doen te onderzoeken en zijn eigen balans op te maken. Daarom moet het stellen van vragen gecombineerd en afgewisseld worden met parafraseren of reflecteren. Deze combinatie van open vragen en reflecteren behoort tot de basisvaardigheid van elke therapeut.

Op antwoorden die de cliënt geeft, moet dus liever niet gereageerd worden met een nieuwe vraag, maar met reflecties, samenvattingen, parafraseren en dergelijke. Dit nodigt de cliënt uit door te gaan met zijn eigen 'werk'. Van meet af aan wordt ook duidelijk dat de cliënt centraal staat en dat van hem een actievere rol verwacht wordt.

4.4.2.2.2. Doelgerichte open vragen

Evocatieve vragen

Evocatieve vragen zijn vragen die volgens Miller als doel hebben 'zelfmotiverende uitspraken' uit te lokken. Hoe belangrijk reflectief luisteren ook is, de cliënt kan pas op de plaats maken en niet komen tot een verdere stap in het nemen van een beslissing. Daarom schakelt Miller over naar 'evocatief-vragen-stellen'. De therapeut is hier meer directief en lokt iets uit. Hij doet dit op zodanige wijze dat *de cliënt zelf* zegt dat hij een probleem heeft en dat hij daar iets aan moet doen en dat het niet *de therapeut* is die zegt dat de patiënt een probleem heeft en daar dringend iets aan moet doen. Dit laatste leidt tot de valkuil van confrontatie en ontkenning.

Zelfmotiverende uitspraken kunnen uitgelokt worden door er rechtstreeks naar te vragen. De betreffende vragen hebben een open en tegelijk veronderstellend karakter. Men vraagt dus niet of, maar men gaat van de vooronderstelling uit dat de cliënt bijvoorbeeld ambivalent is, dat hij zich zorgen maakt, dat hij gelooft dat hij kan veranderen, enzovoort. Door deze werkwijze is het de cliënt zelf die zijn problemen op tafel legt en wordt hij niet in een positie gedrukt waarin hij zich moet verdedigen. Wat mensen tegen zichzelf zeggen, blijkt trouwens beter te beklijven dan datgene wat men hoort zeggen.

We geven hier enkele voorbeelden[4]:
- Achteruit kijken: noem vijf boodschappen die je van je ouders hebt meegekregen en die nog steeds je leven beïnvloeden.
- Vooruit kijken: welke doelstellingen wil je in je leven nog bereiken, welke doelstellingen zijn nog steeds zeer belangrijk?
- Waar maak je je het meest (het minst) zorgen over? Wat vrees je het meest (het minst) als je niet verandert? En als je wel verandert?
- Maak een lijst met de voor- en nadelen van je drinken.

Ook hier is een waarschuwing op zijn plaats. Het gaat dan om *de valkuil van de waarom-vraag*. Het staat vast dat de vraag "Waarom?" in menig hulpverlenend gesprek spontaan opwelt. Onze spontane manier van problemen oplossen, is immers dat we graag weten waarom iets fout loopt. Is deze verklaring eenmaal gevonden, dan kunnen we het probleem oplossen. Voor het oplossen van menselijke problemen is deze benadering echter zeker niet altijd vruchtbaar.

4 Sommige van deze voorbeelden kunnen gemakkelijk als schriftelijke opdracht worden meegegeven aan de cliënt.

De gevonden redenen liggen heel vaak in een onbeïnvloedbaar verleden. Het wijzigen van iemands kijk op dit verleden is bovendien slechts één van de vele mogelijkheden om zijn tegenwoordig gedrag te beïnvloeden.

Natuurlijk is het accepterend luisteren naar de causale en contextuele beeldvorming die een cliënt aanbrengt ten aanzien van zijn gedrag een deel van de relatie-opbouw. Later zal het progressief aanbrengen van wijzigingen in onvruchtbare delen ervan een belangrijk deel van het begeleidend werk zijn. Vroegtijdig vragen naar het waarom, als een manier om informatie te verkrijgen ten behoeve van een inhoudelijke problem-solving, is van een totaal andere orde. Bij mensen in de 'voorbeschouwing' ligt dit moeilijk. Ze horen een niet bedoelde beschuldiging ("Je moet wel heel goede redenen hebben om zulk problematisch gedrag te stellen, anders ligt het eigenlijk wel aan jou ...") of worden door de waarom-vraag nauwelijks geprikkeld om over verandering na te denken. Misschien wordt het huidig gedrag wel versterkt (als het enig zinvolle en haalbare) wanneer de denkarbeid vooral op het aanbieden van redenen wordt gericht. Soms blijven beide partijen, gevangen door goede redenen, machteloos achter.

De meest pragmatische vraag blijft: hoe kan een gewenste verandering van tegenwoordig gedrag het best worden bereikt? Het antwoord ligt, aldus Watzlawick, in het stellen van de *'wat'-vraag*. "Wat gebeurt hier en nu? Wat doen betrokkenen hier en nu? Wat bestendigt daarbij het probleem en maakt het zo mogelijk nog erger? Wat kan hier en nu worden gedaan om het op te lossen?" Deze vraag wordt in intermenselijke relaties helaas slechts uiterst zelden gesteld. Andere motivatieverhogende vragen zijn: *'hoe'-vragen* ("Hoe slaag je erin dit vol te houden? Hoe merk je dat op en laat je iets merken?") en *'effect'-vragen* ("Wat gebeurt er wanneer dit gedag wordt herhaald/gewijzigd?").

Oplossingsgerichte vragen en focussen op de uitzonderingen

Deze gesprekstechniek is gebaseerd op de benaderingswijze van Steve de Shazer en Insoo Kim Berg (1986). Om een probleem op te lossen, is het niet altijd noodzakelijk het probleem volledig te kennen. Vaak is het veel beter te weten wanneer het probleem zich *niet* of veel minder voordoet. "Wanneer gaat het beter?", "Wanneer lukt het bijvoorbeeld om niet door te drinken?". Wanneer mensen over problemen praten, hebben ze vaak de neiging om te zoeken naar de 'oorzaken' van het probleem of om te zoeken naar een formulering van het 'eigenlijke' probleem. Meestal ontstaat dan de indruk dat er naast het probleem niets anders meer bestaat en dat het probleem zich altijd voordoet.

In werkelijkheid doet het probleem zich echter niet altijd voor. Er zijn *uitzonderingen op het probleem*. Deze uitzonderingen op de regel, die men graag verwaarloost, zijn juist van vitaal belang. Ze leren ons dat mensen hun problemen soms wel kunnen hanteren, of dat ze minstens over hulpmiddelen beschikken die hen hierbij kunnen helpen. Door hierop de aandacht te vestigen, ontdekken mensen hun eigen mogelijkheden en leren ze deze vaker en beter te gebruiken. Zoeken naar de uitzondering, kan een totale verbreding en wijziging van perspectief met zich meebrengen. De cliënt ontdekt nu zijn mogelijkheden en zit niet meer in de rol van een onmachtig slachtoffer zonder mogelijkheden er zelf iets aan te doen.

Een bekende variant op dit thema is *de mirakelvraag*. "Waaraan, aan welk gedrag, zullen we weten of merken dat het probleem voorbij is, dat het probleem opgelost is? Veronderstel dat er een wonder gebeurt en je probleem voorbij is, wat zul je dan doen? Waaraan zul je zien, aan welk gedrag van jou zul je kunnen merken dat de problemen opgelost zijn? Hoe zal je omgeving dat merken? Aan welk klein verschil zal je vrouw merken dat je helemaal niet meer drinkt?" Het voordeel van deze vraagstelling is dat er een nieuw perspectief ontstaat, dat iemand kan loskomen van zijn problemen, zichzelf nog kan zien als iemand zonder problemen. Deze vraagstelling zal verder leiden tot concrete en haalbare doelstellingen.

De schaalvraag

Schaalvragen hebben een sterk nuancerend effect op wat mensen zeggen. Bijvoorbeeld: "In welke mate vind je dat je depressief bent? Kun je dit situeren op een schaal van nul tot tien? Veronderstel dat nul betekent dat je zeer depressief bent en tien dat je jezelf zeer goed voelt?". Deze simpele vraag heeft het merkwaardige effect dat zich voor het eerst tal van nuanceringen kunnen voordoen. Het zwart/wit-denken verdwijnt. Mensen ontdekken dat ze niet elke dag even depressief zijn, dat er een verandering kan optreden tussen vier en vijf. Wat doen ze of wat helpt hen om dit verschil waar te maken? Het is wellicht één van de meest nuttige vragen binnen het oplossingsgerichte denken.

Gedragsuitlokkende vragen

Naar analogie van het 'uitlokken van zelfmotiverende uitspraken' spreken we hier over het 'uitlokken van zelfmotiverend gedrag'. In het dagelijks spraakgebruik stellen we vast dat mensen te snel denken dat ze eerst overtuigd moeten zijn of lef moeten hebben voordat ze iets kunnen ondernemen. Ze zien hun gedrag als een gevolg van hun denken en niet als een mogelijke oorzaak van hun denken en voelen. Het omkeren van deze 'oorzakelijkheid' kan zeer werkzaam zijn. Gedragsuitlokkende vragen kunnen zeer motiverend werken.

Op bepaalde momenten in het therapeutisch proces is een gedragsuitlokkende vraag van cruciaal belang. Miller spreekt in dit verband van 'key-questions': vragen die een sleutelrol spelen in het beslissingsproces. Op een bepaald moment in het motiverend gesprek constateren we bij de cliënt een bereidheid tot verandering. Het is onze opgave deze bereidheid te onderkennen en te versterken. Dit is het moment waarop de cliënt, alhoewel bereid om te veranderen, toch nog geen beslissing genomen heeft een concrete stap te zetten. Verkopers kennen dit belangrijk moment. Het is meestal het meest kritische moment van de verkoop. Hier goed of niet goed op inspelen, maakt het verschil tussen een succesvol en een niet- succesvol zakenman. Wellicht bestaat er binnen onze context van motiverende beïnvloeding niet zo'n exact en ideaal ogenblik. Er is echter wel een 'tijdsspanne' waarbinnen een verandering al of niet moet plaatsvinden. Hoe lang die tijdsspanne kan duren, zal individueel zeer verschillend zijn, maar de discrepantie tussen bereidheid tot veranderen en toch niet veranderen kan niet al te lang blijven duren. De opgehoopte spanning zal zich reduceren en men vindt opnieuw allerlei redenen om niet te veranderen. Het herkennen van deze tijdsspanne waarin men duidelijk bereid is om te veranderen, is dan ook van groot belang. Op dit moment is een gedragsuitlokkende vraag op zijn plaats.

Tekenen die wijzen op de bereidheid tot veranderen, zijn:

- Er is sprake van verminderde weerstand. De cliënt stopt met argumenteren, onderbreken, ontkennen of met het maken van allerlei objecties.
- Het aantal vragen over het probleem neemt af. De cliënt heeft voldoende informatie over het probleem en stopt met het stellen van vragen over dit onderwerp.
- De cliënt is rustiger, meer ontspannen en minder opgewonden. Een periode van angst is achter de rug.
- Het aantal zelfmotiverende uitspraken bij de cliënt neemt toe.
- Er komen steeds meer vragen over verandering: hoe verandering ontstaat, hoe dat verloopt, enzovoort.
- De cliënt kijkt naar de toekomst. Hij anticipeert voor- en nadelen van een eventuele verandering.
- De cliënt experimenteert met nieuw gedrag. Hij probeert eens een vergadering van de AA, probeert een aantal dagen zonder alcohol te blijven, leest een boek, enzovoort.

Het stellen van gedragsuitlokkende vragen op het moment dat de cliënt tot verandering bereid is, is in het proces van het nemen van een beslissing van kapitaal belang. Een juiste gedragsverandering op het juiste moment kan een doorbraak betekenen. Het centrale thema van de vraagstelling is hier: *wat is de volgende stap?* Wat kan er nu concreet gedaan worden? Bijvoorbeeld: "Veronderstel dat je dit weekend de eigenaar van je stamkroeg vertelt over jezelf, zou dat je helpen?" Gedragsuitlokkende vragen worden het liefst gesteld in de veronderstellende

wijs. 'Veronderstel dat ...' klinkt minder moraliserend en prescriptief, het laat aan de cliënt de ruimte om zelf te beslissen.

Om werkzaam te zijn, hebben doelstellingen meestal de volgende kenmerken. Ze zijn zeer concreet en kunnen in gedragstermen gesteld worden. Ze zijn voor de cliënt van grote betekenis. De doelstellingen zijn realistisch en haalbaar en zijn binnen een korte tijdsspanne te realiseren. Het zijn kleine stappen die toch een inspanning vragen. Een doelstelling is het begin en niet het einde van een veranderingsproces. Tot slot wordt een doelstelling bij voorkeur geformuleerd in termen van de aanwezigheid van iets in plaats van in termen van de afwezigheid van iets. Concreet kan dit betekenen dat we niet het einde van een depressie als doelstelling formuleren, maar het begin van 'betere momenten'. Op dezelfde wijze spreken we niet onmiddellijk over volledige abstinentie, maar over wat een begin van controle over het eigen alcoholgebruik kan zijn.

Meta-vragen

Mensen denken al snel dat hun gedachten 'waar' zijn. Het feit dat we onze gedachten niet meer waarnemen als 'louter gedachten', die ook verkeerd of eenzijdig kunnen zijn, is een mogelijke valkuil. De mens verliest zijn 'observerend vermogen' ten opzichte van zijn eigen denken. We verliezen de afstand tot onze eigen interne dialoog. Deze overidentificatie met ons eigen denken kan leiden tot een denkknoop die alle aandacht opeist en waar we niet meer uitkomen. Het herstel van deze observerende functie is een belangrijke interventie waardoor mensen hun eigen denken opnieuw kunnen observeren en relativeren.

Meta-vragen richten zich dus niet op de inhoud van de gedachten, maar op de activiteit van het denken zelf. We gaan niet mee met datgene wat de cliënt denkt, maar stellen hem vragen over de aard van zijn denken. We vestigen de aandacht op het feit dat de cliënt aan het denken is. Hierdoor wordt de observator in hem geactiveerd en kan hij weer afstand nemen tegenover zijn eigen denken. Voorbeelden zijn: "Vind je dat alle gedachten serieus genomen moeten worden?", "Je bent wel ernstig aan het denken?", "Je hebt blijkbaar veel vertrouwen in je denken?", "Je denkt dat, maar moet iets waar zijn omdat jij dat denkt?", ...

4.4.2.3. *Parafraseren en reflecteren*

4.4.2.3.1. *Papegaaien en parafraseren van inhoud*

Parafraseren van inhoud betekent dat we *kort en in eigen woorden het belangrijkste weergeven* van wat de cliënt gezegd heeft. Dit is nog net geen interpretatie. Bij een interpretatie brengt de therapeut een cognitieve herstructurering aan die verder reikt dan wat in de uitspraak van de cliënt vervat zit. Door het parafra-

seren wordt de cliënt teruggebracht naar wat hijzelf als inhoud naar voren heeft gebracht. Door het parafraseren van *de inhoud* merkt de cliënt dat er naar hem geluisterd wordt. Hij merkt ook of hij door de therapeut begrepen wordt en kan desnoods correcties aanbrengen. Ook de therapeut kan nagaan of hij de cliënt wel goed begrijpt. Door het parafraseren wordt de cliënt uitgenodigd zijn verhaal nog preciezer en helderder voort te zetten.

Het is evident dat een parafrasering ondanks alles een selectieve aangelegenheid is. Uit de vele verhaalelementen die de cliënt naar voren brengt, kiest de therapeut de voor hem belangrijke elementen. Het blijft een keuze. Wat voor de therapeut belangrijk lijkt, kan voor de cliënt veel minder belangrijk zijn. Daarom is het van zeer groot belang dat een parafrasering op een 'toetsende' wijze geschiedt. De 'veronderstellende toon' laat toe dat er correcties aangebracht kunnen worden en dat de therapeut en de cliënt op dezelfde golflengte komen.

De meest simpele vorm van parafraseren is *het papegaaien*. Het enige wat de hulpverlener doet, is letterlijk het laatste woord, of de laatste woorden, van de cliënt herhalen. Papegaaien is niet een techniek die je tien minuten achtereen moet gebruiken. De irritatie van de cliënt zou duidelijk merkbaar worden. Het is wel een techniek die je kan helpen als je niet goed meer weet hoe je met het gesprek verder moet. Vaak merk je dan bij jezelf dat je niet echt goed meer luistert en driftig gaat zitten verzinnen wat je nu weer moet zeggen. Leun dan even achterover, stel je opnieuw goed op de cliënt in en begin met papegaaien. Je zult merken dat het gesprek weer op gang komt en dat dit je weer de ruimte biedt om opnieuw andere technieken te benutten.

Een voorbeeld van papegaaien:
cliënt: "Het gaat niet zo goed".
hulpverlener: "Niet zo goed?"

Een voorbeeld van parafraseren:
cliënt: "Het gaat niet zo goed".
hulpverlener: "Het gaat niet lekker".

4.4.2.3.2. Reflecteren van gevoelens

Bij het reflecteren van de gevoelens probeert de therapeut de gevoelsmatige ondertoon die hij bij de cliënt meent waar te nemen, recht te doen. Onderliggende belevingsaspecten worden op die manier naar boven gebracht en zijn vaak van meer essentiële betekenis dan de naar voren gebrachte inhouden.

Belangrijk is dat het benoemen van de gevoelens voor sommige cliënten, zeker in de beginfase van de therapie, bedreigend kan zijn. Enige terughoudendheid is dan ook - afhankelijk van de cliënt en de fase van het gesprek - op zijn plaats.

Het is belangrijk voor de cliënt te voelen dat zijn gevoelens, van welke aard ook, begrepen en geaccepteerd worden. Het maakt het contact tussen de therapeut en de cliënt beter, het maakt de afstand kleiner en het schept een klimaat van veiligheid. De cliënt heeft sterker het gevoel dat hij door de therapeut begrepen wordt. Het reflecteren van de gevoelens heeft ook - net zoals bij het parafraseren van de inhoud - als functie na te gaan of de therapeut de cliënt wel goed begrijpt. Wanneer gevoelens niet zo manifest aanwezig zijn, is het belangrijk ook hier een veronderstellende toon te gebruiken. Slechts wanneer het gevoel er duidelijk bovenop ligt, is een meer bevestigende taal op zijn plaats. Gevoelens zeggen meer dan woorden, ze reflecteren onze verhouding met onszelf en met de anderen. Ook al kunnen we met ons verstand vele zaken relativeren, onze emoties wijzen op de ernst van onze problematiek. Gevoelens en emoties kunnen ook nieuwe aspecten van het verhaal naar boven brengen. Het vermijden van deze gevoelens is therapeutisch gezien een verarmend gesprek. Belangrijk is ook recht te doen aan de vele tegenstrijdigheden die in gevoelens aanwezig kunnen zijn en die voor mensen zeer verwarrend kunnen zijn.

4.4.2.3.3. Reflecteren van tegenstrijdigheden

Naast het reflecteren van gevoelens kan het woord reflecteren betrekking hebben op talloze andere aspecten. We denken hier bijvoorbeeld aan de tegenstrijdigheden en de discrepanties die de therapeut onderkent in het verhaal van de cliënt. Dit kan zelfs zeer confronterend zijn. Er zijn vaak discrepanties tussen het verbaal en het nonverbaal gedrag, tussen het gedrag en de verwoording, tussen het reëel en het ideaal zelfbeeld, tussen de fantasie en de realiteit.

Voorbeeld:

cliënt: "Ik ben toch geen alcoholist?"

hulpverlener: "Ik kan me voorstellen dat het wat moeilijk is. Aan de ene kant herken je wel enkele problemen met alcohol, maar aan de andere kant vind je dat het beeld van een alcoholist helemaal niet bij je past."

Deze opsomming is vanzelfsprekend niet uitputtend.

4.4.2.4. *Concretiseren*

Door gewoontevorming kunnen hulpverleners mensen te snel begrijpen. Woorden zijn zeer verleidend. We herkennen het woordbeeld en we denken dat we het begrijpen. Nochtans kunnen dezelfde woorden, door hun algemeenheid, voor twee mensen iets totaal anders betekenen. "Ik voel me slecht" kan veel betekenissen hebben. We kunnen niet genoeg beklemtonen dat taal en werkelijkheid ondanks hun verstrengeling toch van elkaar onderscheiden moeten worden. In de semantiek legt men er de nadruk op dat de woorden niet staan voor de werkelijkheid, dat de woorden niet staan voor alle kenmerken van de werkelijkheid, en dat men steeds woorden kan spreken over woorden. Dat wil zeggen: woorden krijgen hun betekenis enkel vanuit een context en er zijn veel contexten mogelijk. Concretisering is een goed hulpmiddel om deze valkuil van het 'te snel begrijpen' te vermijden. Door naar concrete voorbeelden, naar details te vragen, kan het verhaal een preciezere betekenis krijgen. Deze gedetailleerde weergave is zowel voor de therapeut als voor de cliënt van belang. Pas hier ontstaat een echt begrip en kunnen later eventueel betere en concretere adviezen of oplossingen gevonden worden.

4.4.2.5. *Samenvatten*

In het 'samenvatten' grijpt de therapeut terug op datgene wat de cliënt naar voren heeft gebracht. In tegenstelling tot het spiegelen of het reflecteren, betreft deze interventie 'grotere delen' van het verhaal van de cliënt. Het gaat daarbij doorgaans om verschillende zaken die de cliënt achtereenvolgens aan de orde bracht.

De interventie 'samenvatten' vervult uiteenlopende functies. Het is een hulpmiddel om te zoeken naar de 'rode draad' in het verhaal. Het biedt de cliënt en de therapeut de mogelijkheid om terug te kijken op datgene wat tot nu toe naar voren werd gebracht en dient om begripsmatig vat te krijgen op het gepresenteerde. Het helpt voorkomen dat de cliënt van de hak op de tak springt zonder ergens bij stil te staan. 'Samenvatten' is ook nuttig wanneer voor de therapeut de samenhang verloren dreigt te gaan. De cliënt wordt uitgenodigd tot een correctie en vervolgens verder te gaan met één bepaald element uit het gepresenteerde. Door samen te vatten, toont de therapeut ook dat hij de cliënt probeert te begrijpen.

'Samenvatten' gebeurt normaliter zonder interpretatie. Het is wel een goede gelegenheid om een zekere structurering in het materiaal aan te brengen. Op deze wijze staat samenvatten dicht bij interpreteren en biedt het ruime kansen tot positief herkaderen. Dit alles op voorwaarde dat de therapeut de eventuele correcties van de cliënt zeer serieus neemt.

4.4.3. Het geven van feedback en de regels van de ik-boodschap

Strikt genomen betekent *feedback*: je opgedane indrukken en ervaringen teruggeven aan de ander, zulks op een constructieve wijze die uitnodigt tot een verdere dialoog. Meestal zijn de regels van het geven van feedback zeer nuttig wanneer je van mening verschilt, wanneer je het met iemand niet eens bent, wanneer iets je stoort of wanneer het nodig is bepaalde grenzen te stellen. Juist in deze gevallen is het belangrijk op welke wijze de feedback gegeven wordt. Meestal helpen de betreffende regels ons dan ook om onze emotionaliteit te reguleren.

De regels om feedback te geven, worden vaak met enkele korte items weergegeven: feedback vertrekt vanuit de ik-persoon, is zo concreet mogelijk, is correct en eerlijk, verifieerbaar, op tijd, op maat, in termen van gedrag, toekomstgericht, bruikbaar, kort en rechtstreeks. Deze regels vallen samen met de regels van de ik-boodschap. Zoals gesteld, is het gebruik van deze regels zeer nuttig wanneer we van mening verschillen, wanneer we ons irriteren of wanneer we grenzen moeten stellen. Zo leren we ons 'uitdrukken' op een wijze die volledig recht doet aan ons eigen standpunt, zonder de relatie te schaden.
Binnen een *ik-boodschap* maken we strak onderscheid tussen de feiten, de eigen interpretaties en gevoelens, en leggen we een concrete link tussen het gedrag van de ander en het effect van zijn gedrag op ons. Op deze wijze kan een goed geformuleerde ik-boodschap een krachtige uitwerking hebben.

Ik-boodschappen kunnen heel effectief zijn als men ertoe wil komen zijn irritaties kwijt te raken en men het met bepaalde gedragingen van iemand helemaal niet eens kan zijn. Bij alcoholproblemen komt het nogal eens voor dat men het moreel gezien niet kan verdragen hoe bepaalde cliënten zich gedragen (denk alleen maar aan het rijden onder invloed). Juist in die gevallen kunnen ik-boodschappen meer uitwerking hebben.

Een ik-boodschap is om meerdere redenen efficiënt:
— Een ik-boodschap roept minder snel weerstand en rebellie op. Er wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen het ik en de ander. De boodschap is minder bedreigend en minder beschuldigend.
— Een ik-boodschap laat de verantwoordelijkheid voor het veranderen van een gedrag bij de ander. Via de ik-boodschap doe je een beroep op de ander zonder hem voor te schrijven wat 'moet'. Je vertrouwt erop dat hij zelf bereid is een gedragsverandering door te voeren.
— Een ik-boodschap is eerlijk. Op deze wijze sta je model en kun je iemand er toe brengen soortgelijke eerlijke boodschappen terug te geven.
— Bij een ik-boodschap is de kans op persoonlijke ruzies lang niet zo groot. Daarmee is niet gezegd dat na een ik-boodschap alles koek en ei is, want het

is echt niet leuk als iemand zegt dat je gedrag voor hem een probleem is. Symmetrische escalaties worden echter vermeden.

Bij het formuleren van een ik-boodschap kan men gemakkelijk een aantal veel voorkomende fouten maken:

— De ik-boodschap verbergt een jij-boodschap. Men kan een jij-boodschap verstoppen in een zogenaamde ik-boodschap. Men geeft geen echte ik-boodschap omdat men zijn gevoel niet onder woorden brengt en op een verkapte manier de ander blijft beschuldigen. Het is niet voldoende dat men het woordje 'ik' gebruikt om van een ik-boodschap te kunnen spreken.
— Er kan sprake zijn van een onvolledige ik-boodschap. Mensen delen niet vaak al hun gevoelens mee. Meestal drukken ze hun negatieve gevoelens uit, maar vergeten ze daarbij de aanwezige positieve gevoelens.
— Een ik-boodschap kan ook nog op een andere wijze onvolledig zijn. De ernst van het gevoel kan ook van belang zijn. Je zegt niet: "Ik vind het niet leuk als je dronken achter het stuur zit", maar "Ik verstijf van angst als je dronken achter het stuur zit". De ik-boodschap laat dus toe de sterkte van het gevoel zeer expressief naar voren te brengen. Dit is een groot voordeel.
— De ik-boodschap kan ten onrechte gezien worden als een toverstaf. Het is een misverstand te geloven dat ik-boodschappen op staande voet het gedrag van de ander zullen veranderen. Een ik-boodschap is wel een goede manier om iemand anders te vertellen hoe zijn gedrag storend op jou overkomt. Het is ook een manier die voor de ander minder vervelend en minder beschuldigend is. Maar een ik-boodschap garandeert niet dat de ander zijn gedrag onmiddellijk wijzigt om aan je behoeften tegemoet te komen.

4.4. Bevestigen: verhogen van zelfwaarde

Met een bevestiging steunt of bekrachtigt de therapeut de cliënt. Het is de nadrukkelijke bedoeling de cliënt in zijn percepties, gedachten, gevoelens of gedrag te steunen. Het resultaat is een verhoging van de zelfwaarde van de cliënt.

Ieder van ons is, in meerdere of mindere mate, narcistisch kwetsbaar. Ons gevoel van eigenwaarde is niet immuun voor krenkingen en/of tegenslagen. Deze kwetsbaarheid kan echter van mens tot mens sterk verschillen. In het ergste geval reageert iemand op het minste of geringste teken van afkeuring met een duizelingwekkende daling van zijn gevoel van eigenwaarde. In het tegenovergestelde geval loopt iemand bij een storm van kritiek hoogstens een klein 'deukje' op. De meeste mensen bevinden zich ergens tussen deze beide uitersten.

4.4.5. Positief / her / interpreteren

Het begrip positief / her / interpreteren bestaat uit drie delen. Interpreteren, herinterpreteren en positief herinterpreteren. Wanneer we bijvoorbeeld het verhaal van een cliënt samenvatten, dan structureren we de gegevens die de cliënt ons voorlegt. We kunnen dit doen zonder een betekenisverschuiving na te streven. Maar elk structureren kan een lichte vorm van herinterpretatie met zich meebrengen. We kunnen dit herstructureren bewust doen en op deze wijze een betekenisverschuiving nastreven. Positief herstructureren of herinterpreteren gaat nog een stapje verder. De therapeut zal doelbewust een aantal minder positieve gegevens kaderen binnen een positieve context of zal de positieve kant van een negatieve interpretatie naar voren halen.

We spreken van herinterpreteren als de therapeut een 'cognitieve structuur' binnenbrengt die verder reikt dan wat uit de uitspraken van de cliënt blijkt. De therapeut legt verbanden tussen gegevens die door de cliënt (nog) niet met elkaar in verband zijn gebracht. Hiermee geeft de therapeut een nieuwe betekenis aan het gedrag of aan de beleving van de cliënt. De nadruk bij herinterpretatie ligt op het cognitief inzichtelijk aspect.

Interpreteren gebeurt meestal tentatief. Dat wil zeggen dat de therapeut bepaalde suggesties doet en daarbij ruimte laat om de cliënt in de gelegenheid te stellen de gedachte van de therapeut naast zich neer te leggen of er op dat moment niet verder op in te gaan.

We gaan even verder met het positief herinterpreteren. Positieve herbenoeming is een gesprekstechniek die het probleemgedrag binnen een positieve hypothese herformuleert. Het probleemgedrag kan daardoor een nieuwe betekenis krijgen, die door de cliënt kan worden overgenomen. Positieve herbenoeming vraagt van de therapeut een zekere bedrevenheid, maar is niet gelijk aan het toepassen van een aantal trucs. Het gaat hier om iets wat de therapeut ook 'gelooft'. Is dit niet het geval, dan doorziet de cliënt de onechtheid van het verhaal en zal deze techniek ook niet werken.

4.4.6. Werken met paradoxen

Ook door het gebruik van paradoxale technieken kan men de cliënt brengen tot het uiten van motivationele uitspraken. In feite kruipt de hulpverlener in de huid van degene die ontkent en/of twijfelt. Op deze wijze kan de cliënt ertoe gebracht worden om als het ware aan de hulpverlener te bewijzen dat hij wel degelijk een probleem heeft. In feite 'provoceert' men de cliënt zodanig dat deze het tegenovergestelde gaat beweren.

Een voorbeeld:

cliënt: "Zoveel drink ik nu ook weer niet".

hulpverlener: "Dat dacht ik ook al. Waarom moet er eigenlijk wat veranderd worden?"

cliënt: "Ja, juist, maar af en toe zijn de gevolgen wat verontrustend ..."

Men onderscheidt een drietal courante varianten:
— overwaarderen: de reflectie van de hulpverlener op de uitingen van de cliënt maakt alles sterker, groter; de gezegden worden sterk overdreven, overgewaardeerd;
— onderwaarderen: om de visie van de cliënt te nuanceren, wordt alles verkleind, ondergewaardeerd;
— de rol van de onkundige hulpverlener: de hulpverlener plaatst zich in de positie van degene die er niet onmiddellijk uitkomt, niet op de hoogte is, continu om uitleg moet vragen.

Het gebruik van paradoxale technieken is bij de aanvang precair. Het uitlokken, provoceren van de cliënt lukt slechts indien deze ook zo functioneert. Het duurt meestal een tijdje voor de hulpverlener over deze informatie beschikt. Een ongenuanceerd en onoplettend gebruik van deze techniek zou tijdens de eerste gesprekken wel eens ongewenste effecten kunnen opleveren.

4.4.7. Geven van en vragen naar informatie

Hoewel dit een belangrijk onderwerp is, willen we er hier slechts summier op ingaan. Naar ons gevoel is 'informatie geven' vooral een kwestie van 'didactiek' en 'objectiviteit'. Een 'neutrale' en 'open' informatie moet ons behoeden voor moraliserende en schuld-inducerende benaderingen, voor eenzijdigheid en dogmatisme. Daarom is een 'wetenschappelijke' mentaliteit van groot belang. Een wetenschappelijke geest kenmerkt zich door openheid en kritische reflectie. Verschillen van meningen zijn boeiend, maar een kritische reflectie kan nooit ontbreken. Meningen worden zeker niet opgedrongen of gemonopoliseerd.

Naast de noodzakelijke informatie over afhankelijkheid en verslaving en over de verschillende producten die daartoe kunnen bijdragen, hebben mensen vaak een grote behoefte aan informatie over tal van andere onderwerpen die kunnen bijdragen tot een beter psychisch functioneren. Zonder een algemeen denkkader is het voor mensen vaak moeilijk zichzelf en hun omgeving goed te observeren, en zichzelf en hun gedragingen beter te begrijpen. Informatie over onderwerpen als menselijke behoeftes, relatievorming, zingeving, seksualiteit, emoties, gewoontes, denkpatronen, conditionering, keuzes, verandering, communicatie, codepen-

dentie, ziekte, gezondheid, enzovoort, is zeer zinvol. Het zijn onderwerpen waar veel belangstelling voor bestaat en die op een eenvoudige maar essentiële wijze kunnen bijdragen tot een beter begrip van het eigen functioneren. Pas in die context, van een beter of anders begrijpen, van een verschuiving in het denken, is het voor mensen mogelijk te veranderen. Bibliotherapie is dan ook zeer nuttig. Bibliotherapie met gezamenlijke nabespreking nog veel meer.

4.4.8. Geven van adviezen

Tot slot nog een paar bedenkingen ten aanzien van het geven van adviezen. Op een gegeven moment komt de cliënt naar je toe met de vraag: "Wat moet ik doen, of wat zou jij in mijn plaats doen?". Dit is een moeilijk moment. Als je een advies geeft, kan de cliënt hierop onmiddellijk reageren met "Ja, maar ..." De cliënt kan onmiddellijk aantonen dat je advies, hoe goed bedoeld ook, niet zal werken in de praktijk. Wanneer je dan als therapeut een nieuw advies formuleert, kan hetzelfde scenario zich herhalen. De valkuil van confrontatie-ontkenning is zeer nabij. Om deze destructieve spiraal te vermijden, is het belangrijk een aantal regels in acht te nemen:

— Wees niet te snel met het geven van je advies. Stel aanvullende vragen en kijk of je advies werkelijk gewenst is. Aanvullende vragen kunnen zijn: "Ik wil je graag enkele adviezen geven, maar ik wil je eigen denken niet onderschatten. Waaraan denk je zelf? Wat zijn voor jou mogelijke oplossingen? Wat denk je zelf?" Of: "Ik ben er niet zeker van of je mijn advies werkelijk wenst. Misschien heb je zelf wel enkele ideeën?" Of: "Natuurlijk wil ik je mijn advies geven, maar ik weet niet zeker of dat veel verschil uitmaakt. Ik wil niet de indruk wekken dat je moet doen wat ik denk." Enzovoort.

— Wees 'onpersoonlijk' in het geven van je advies. Dan is 'jouw' advies slechts 'een' advies. Een advies dat men kan aannemen of laten. Voorbeelden zijn: "Ik weet niet of het in jouw geval van toepassing is, maar ik geef een advies dat soms werkt. Je kunt het zelf uittesten. Soms werkt het ook niet." Of: "Ik kan je mijn opvatting geven, maar ik weet helemaal niet zeker of dat in jouw geval zal werken. Bij sommige mensen lijkt het te lukken, je kunt het proberen. Wanneer het niet lukt, kun je iets anders proberen."

— Geef niet één advies, maar geef een 'cluster' van adviezen. Op deze wijze openen zich meerdere mogelijkheden en kan de cliënt zelf kiezen. De verantwoordelijkheid ligt op de juiste plaats. Een voorbeeld: "Er zijn tien manieren om een probleem te bekijken en er zijn tien manieren om het aan te pakken. Laten we er eens naar kijken. Waaraan denk je zoal? Wat zijn de verschillende mogelijkheden?"

— Iets meer provocatief, maar vaak zeer effectief, is het opnoemen van een aantal mogelijkheden waardoor het probleem nog groter kan worden. "Waardoor kan de toestand nog slechter worden? Wat kun je doen om je eigen ruiten in te

gooien?" Of: "Noem vijf gedragingen op waardoor je in de puree kunt raken." Enzovoort.

4.5. Samenvatting - selectief actief luisteren

Samenvattend kunnen we stellen dat de motiverende gesprekstechnieken het best gekarakteriseerd kunnen worden als een proces van *selectief actief luisteren*. Dat wil zeggen: het reflecteren van zelfmotiverende uitspraken, waardoor het gevoel van eigenwaarde en competentie stijgt, het inzicht in het probleem en het uiten van de eigen bezorgdheid toeneemt. Het luisteren is *actief* omdat aandacht gegeven moet worden aan de uitingen van de cliënt door middel van samenvattingen, reflecties, vragen, nonverbale reacties, ... Het is *selectief* omdat niet alle uitingen evenveel aandacht krijgen. Er is een belangrijke dimensie van sturen en volgen. We willen immers de cliënt brengen tot inzicht en besluitvorming, welke richting deze laatste uiteindelijk ook mag opgaan.

Bibliografie

Berg, I.K. & Reuss, N.H. (1998) *Solutions step by step*. New York/London: Norton & Company.

De Shazar, S., Berg, I.K., Lipchik, E. e.a. (1986) Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207-222.

Dvorah, S. (1996): Crafting consciousness through form, solution focused therapy as a spiritual path. In: Miller, S.D., Hubble, M.H. & Duncan, B.L. (eds.) (1996) *Handbook of solution-focused brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Evers, R. & Rijnders, P. (1982) *Paradoxale benadering*. Alphen aan de Rijn/Brussel: Samsom.

Festinger, L. (1957) *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: University Press.

Kwee, M. (1990) Semantische therapie. In: Kwee, M. (red.) (1990) *Denken en doen in psychotherapie. Een bloemlezing over de cognitieve gedragstherapie van emotionele stoornissen.* Den Haag/London: East-West Publications.

Lang, G. & Van Der Molen, H.T. (1995) *Psychologische gespreksvoering. Een basis voor hulpverlening*. Baarn: Nelissen.

Lazarus & Kwee, M. (1990) Multimodale diagnostiek en therapie. In: Kwee, M. (red.) (1990) *Denken en doen in psychotherapie. Een bloemlezing over de cognitieve gedragstherapie van emotionele stoornissen*. Den Haag/London: East-West Publications.

Miller, R.W. & Rollnick, S. (eds.) (1991) *Motivational interwiewing*. New York/London: Guilford Press.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C. (1982) Transtheorethical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

Ratner, H. & Yandoli, D. (1996) Solution focused brief therapy: a co-operative approach to work with clients. In: Griffith, E. & Dare, C. (eds.) (1996) *Psychotherapy, psychological treatments and the addictions*. Cambridge: University Press.

Rogers, C.R. (1959) A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (ed.) (1959) *Psychology: the study of a science.* Vol. 3. New York: McGraw-Hill, p. 184-256.

Seligman, M. (1991) *Optimisme kun je leren.* Utrecht: Spectrum.

Sutton, S. (1996) Can stages of change provide guidance in the treatment of addictions? In: Griffith, E. & Dare, C. (eds.) (1996) *Psychotherapy, psychological treatments and the addictions.* Cambridge: University Press.

Leven met een verslaafde
Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 85-87

3.5. Prognose

Afhankelijk van het middel dat gebruikt wordt, zal een voortschrijdend verslavingsproces tien (heroïne, amfetamines) tot twintig (alcohol) jaar duren, of in geval van geneesmiddelen soms nog veel langer. Alhoewel de prognose van verslaving meestal als zeer negatief gezien wordt, blijkt uit onderzoekingen van heroïneverslaafden, dat na een follow-up periode van tien jaar, ongeveer 20 tot 40% afgekickt is zonder professionele hulp, maar ook dat 20% overleden is. (Onstein, 1987)

Vanuit de hulpverlening wordt veel energie geïnvesteerd in de begeleiding van deze mensen. Het is echter niet aangetoond dat de kans op definitief stoppen met heroïnegebruik hierdoor effectief groter wordt. Van geen enkele behandeling is overigens aangetoond dat zij superieur is aan een andere.

Afhankelijk van de aard en de duur van het middelenmisbruik, maar ook van de sociale en familiale situatie, de aanleg en het

temperament, de aanwezigheid van psychiatrische problematiek en de persoonlijke groeimogelijkheden, zal de ene of de andere methodiek meer succesvol zijn. Heroïneverslaafden met ernstige psychiatrische syndromen bvb. reageren beter wanneer de methadonbehandeling gecombineerd wordt met psychotherapie en psychiatrische behandeling, en slechter in een drugvrije therapeutische gemeenschap.

De aanwezigheid van psychopathologische verschijnselen zoals depressie, psychose of angsttoestanden heeft een ongunstige invloed op het verloop van de verslaving. Psychisch goed functionerende verslaafden kunnen zich beter handhaven, ook sociaal en hebben minder behoefte aan hulpverlening.

Jongeren die één of meerdere jaren gedubbeld hebben in hun schoolloopbaan, hebben meer kans op druggerelateerde problemen dan de andere. De antecendenten van dit risicogedrag beginnen vaak al voor de leeftijd van tien jaar. Detectie van risicokinderen en specifieke preventieprojecten zijn hier zinvol.

Bij adolescenten die alcohol of drugs misbruiken, ziet men veel gedragsstoornissen. Merkwaardig is wel dat ongeveer de helft dergelijke stoornissen reeds vertoonde vóór het middelenmisbruik. Deze groep reageert minder goed op therapie en evolueert nogal eens naar een antisociale persoonlijkheid.

Patiënten die met succes gezinstherapie hebben gevolgd, verschillen van patiënten bij wie de therapie slechts gedeeltelijk of geen succes heeft. Patiënten die met succes behandeld zijn, blijken jonger, hebben een hoger opleidingsniveau, gebruikten minder heroïne per keer, hebben gedurende kortere tijd drugs gebruikt, gebruiken minder alcohol en gaan minder met gebruikende vrienden om.

Als gezinstherapie met jonge heroïnegebruikers organiseerbaar is, is het in 50 % van de gevallen succesvol: de jongeren gebruiken weinig of geen drugs meer en functioneren gunstig in sociaal opzicht. Patiënten in een methadonverstrekkingsprogramma verbeteren echter ook, zij het minder dan de gezinstherapiepatiënten. Men mag echter niet uit het oog verliezen dat veel drugsgebruikers geen contact meer hebben met hun familie, wat gezinstherapie natuurlijk onmogelijk maakt.

Een grote hinderpaal bij de behandeling van verslaafden, is de drop-out; dit is het vroegtijdig stopzetten of wegblijven uit de be-

handeling. Nochtans hoeft het feit dat iemand "tegen advies" de behandeling stopt, niet altijd negatief te zijn. De drijfveer hiertoe kan ook de behoefte zijn om zo snel mogelijk weer het heft in eigen handen te nemen. Als dit lukt, is de kans op blijvend succes groter dan bij iemand die zich afhankelijk opstelt.

De betrokkenheid van de familie speelt een belangrijke rol in het al dan niet voortzetten van de therapie door de adolescent.

De beslissing om te breken met de verslaving wordt vaak genomen naar aanleiding van een soort "sleutelmoment", waarop de gebruiker de balans van zijn leven opmaakt. Of er een positieve keuze gemaakt wordt, hangt o.m. samen met het feit of er nog een figuur is op wie de verslaafde kan steunen. Dit kan een familielid, een goede vriend of een professionele hulpverlener zijn.

Na een aantal jaren druggebruik hebben veel adolescenten door hun gebrek aan interesses nog weinig vrienden. De sociale kring wordt vaak nog kleiner door de wantrouwige en angstige attitude die dikwijls met alcohol- en drugsgebruik gepaard gaat. In die gevallen zijn professionele hulpverleners die de moed niet snel opgeven essentieel.

Leven met een verslaafde
Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 80-83

3.4. Therapie

Therapie zal niet in alle gevallen hetzelfde doel beogen, noch van dezelfde middelen gebruik maken. Druggebruikers vormen immers een zeer heterogene groep, niet alleen wat hun druggebruik betreft, maar ook vanwege de fase van het gebruik en wegens de eventuele bijkomende psychopathologie. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat een groot aantal verslaafden, naast hun verslaving nog andere psychiatrische stoornissen vertoont, vooral angststoornissen, depressies en persoonlijkheidsstoornissen.

De samenhang tussen psychische stoornissen, drugsgebruik en afhankelijkheid van middelen is complex. Het is vaak moeilijk uit te maken wat primair is, en wat gevolg. Het is bekend dat amfetaminegebruik een sluimerend schizofreen proces kan tot uiting doen komen, maar ook dat langdurig gebruik psychotische beelden kan veroorzaken die nauwelijks te onderscheiden zijn van schizofrenie. Zowel hallucinogenen als stimulerende middelen kunnen wanen en hallucinaties veroorzaken. Tijdens de ontwenningperiode worden vaak angsttoestanden en depressies waargenomen.

Als ouders vernemen dat hun kind al eens drugs gebruikt, weten ze vaak niet goed hoe nu te reageren. Ze zouden er wel met iemand willen over praten, maar schamen er zich over aan de omgeving toe te geven dat een dergelijk probleem zich in hun gezin voordoet. De huisarts kan de aangewezen persoon zijn of een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. In de bijlagen zijn

adressen opgenomen waar meer informatie te verkrijgen is. Sinds enkele jaren kan men voor specifieke inlichtingen omtrent drugs ook terecht bij de *Druglijn*.

3.4.1. Individuele therapie

De verslaafde jongere zal meestal maar hulp zoeken als hij zelf te veel last heeft van zijn gebruik. Zolang de ouders al de negatieve gevolgen opvangen, de schulden betalen, de agressieve uitbarstingen verdragen en vergoelijken, de administratieve verplichtingen overnemen, zal hun kind niet veel reden zien om zijn problemen grondig aan te pakken.

Een bezoek aan de huisarts, meestal omwille van lichamelijke klachten (constipatie, slaapmoeilijkheden, infecties, vermagering, e.d.) kan een eerste stap zijn.

Meestal is een verwijzing naar een gespecialiseerde tweedelijnsdienst aangewezen. Daar worden de verschillende medische, psychische, sociale en juridische aspecten in kaart gebracht, en de meest aangewezen behandelmethodes en -organisaties besproken. Naast het lichamelijk ontwennen, is vaak immers ook een psychosociale begeleiding of een psychotherapie essentieel om de achterliggende problematiek aan te pakken. De steun van de directe omgeving, vooral de ouders is in dit stadium van groot belang.

Als lichamelijke ontwenning ambulant niet lukt, kan een residentiële behandeling worden voorgesteld. Soms gebeurt dit in een algemeen ziekenhuis, waar de psychische ondersteuning echter minimaal is. Soms is een verwijzing naar een gespecialiseerd residentieel centrum aangewezen. Daar zijn kortdurende en langdurige behandelprogramma's beschikbaar, afhankelijk van de ernst en de duur van de problematiek. De lange behandelprogramma's worden vaak aangeboden door zogenaamde "drugvrije therapeutische gemeenschappen" waar een verblijf van een jaar niet uitzonderlijk is. Wanneer iemands leven totaal op een verkeerd spoor geraakt is, blijkt deze termijn niet overdreven. Deze gemeenschappen zijn vaak sterk hiërarchisch gestructureerd waarbij de verslaafde bij goed gedrag opklimt in rang en de professionele hulpverleners niet meer te zeggen hebben dan de bewoners.

Deze sterk gestructureerde en controlerende omgeving is niet voor elk individu het meest helpende. Wie deze druk niet aankan of de voorwaarden niet wenst te accepteren, zal hier weinig baat bij hebben. In andere gemeenschappen is de behandeling vooral gericht op ontdekking, samenwerking en groei.

Niet alle drugsverslaafden zijn te motiveren tot een dergelijke langdurige behandeling, gericht op volledige onthouding van alle drugs. Soms zijn ze in hun verslavingsproces zo ver gevorderd dat enkel een vorm van "harm-reduction" hun leven nog wat kwaliteit kan geven. Zij kunnen in een methadonprogramma dagelijks een onderhoudsdosis methadon krijgen, die ervoor zorgt dat zij niet meer tot criminele daden moeten overgaan om aan heroïne te geraken. Op die manier blijven zij in contact met de hulpverlening, zodat zij ook medisch en sociaal ondersteund kunnen worden. Eens hun situatie gestabiliseerd is, wordt het soms mogelijk de methadon af te bouwen en toch een drugvrij leven te leiden.

Een vervangproduct zoals methadon, bestaat niet voor amfetamines, cocaïne en dergelijke, zodat toch slechts een klein deel van de verslaafden hiermee gebaat is. In sommige landen zijn ook reeds experimenten gedaan met het gecontroleerd toedienen van heroïne. De doelstelling is ook hier om in de eerste plaats de *verwervingscriminaliteit* tegen te gaan en deze mensen lichamelijk en sociaal weer enige stabiliteit te geven.

Alcoholverslaafden die zich zelf niet in staat voelen om te weerstaan aan de zuchtigheid naar alcohol, kunnen gebaat zijn met een dagelijkse inname van Antabuse®. Dit geneesmiddel neemt de zin in alcohol niet weg maar men wordt wel erg ziek als men erop drinkt. Het 's morgens slikken van deze pil is eigenlijk een ondersteunen van zijn eigen voornemen om die dag niet te drinken. Het stiekem toedienen van Antabuse® aan een alcoholverslaafde is gevaarlijk, aangezien de symptomen die ontstaan, vooral wanneer men er onvoorbereid flink gaat op drinken, levensbedreigend kunnen zijn.

Recent zijn er andere medicijnen op de markt, zoals Campral® die wel een invloed kunnen hebben op de craving of zuchtigheid. Hun werking is echter niet absoluut en zeker niet bij iedereen. Gecombineerd met een goede psychotherapeutische ondersteuning zijn ze in sommige gevallen wel helpend.

Zijn er ernstige stoornissen in het psychisch functioneren, dan wordt nogal eens doorverwezen naar een gespecialiseerd Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, waar naast de verslaving ook de achterliggende problematiek onderzocht en behandeld kan worden, en waar ook de familie steun en therapie kan krijgen. Als ambulante behandeling ontoereikend is, kunnen dergelijke jongeren residentieel behandeld worden in een drugunit in een psychiatrisch ziekenhuis.

In al deze settings is er de laatste jaren een toenemende aandacht voor de familie en meestal zal men de gezinsleden trachten te betrekken in de behandeling.

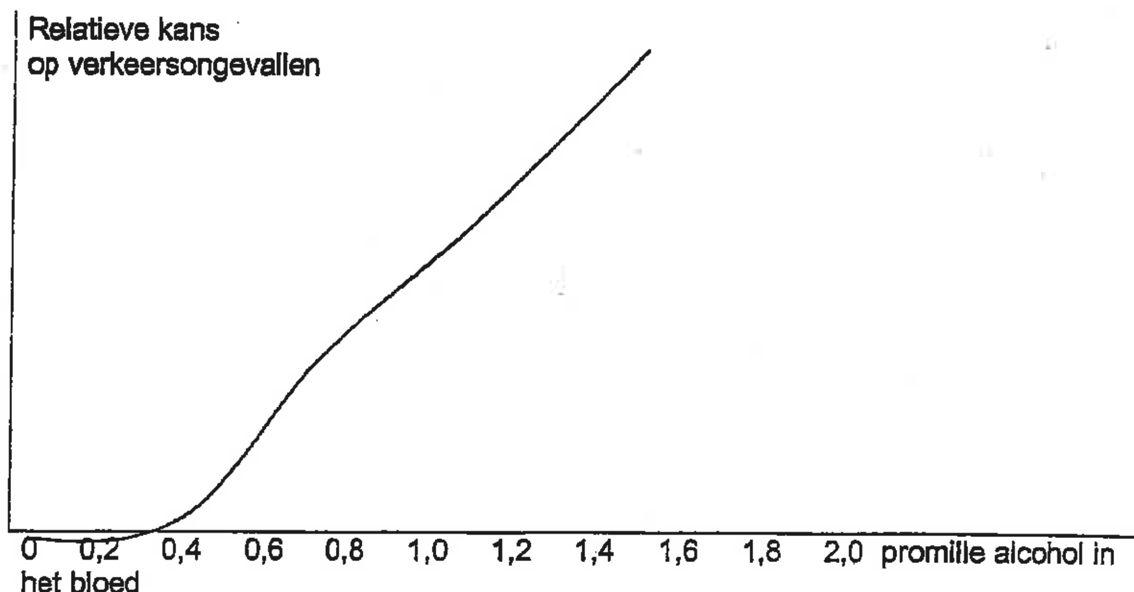
Medische en farmacologisch aspecten, detox en crisisopvang
Ansoms S. (Werkwijzer VAD-VVBV)

1. Alcohol in het bloed

1.1. Alcohol heeft uiteraard goede effecten. Maar laten we eens stilstaan bij de acute negatieve effecten van alcohol in het bloed.

Aantal glazen	Promille	Negatieve invloed op
1 – 2	0,2 - 0,5	Intellectueel functioneren, geheugen, redeneren
3 – 4	0,8	Zelfcontrole, oordeel
5 – 6	1,4	Waarneming (tunnel-effect, vernauwen van het zicht)
7 – 8	2	Coördinatie, evenwicht
9 – 10	4	Vitale centra (risico op coma wordt erg groot vanaf 4 promille)
meer	6	Coma

1.2. Er bestaat een correlatie tussen de hoeveelheid alcohol die men in het bloed heeft en de kans op verkeersongevallen. Uit onderstaande grafiek blijkt dat vanaf 0,5 promille alcohol in het bloed de relatieve kans op een verkeersongeval sterk stijgt. Daarom ook kan de wetgever die zelfde 0,5 promille op een aanvaardbare manier als grens stellen : rijden en drinken kan, als je niet meer dan 2 glazen drinkt.



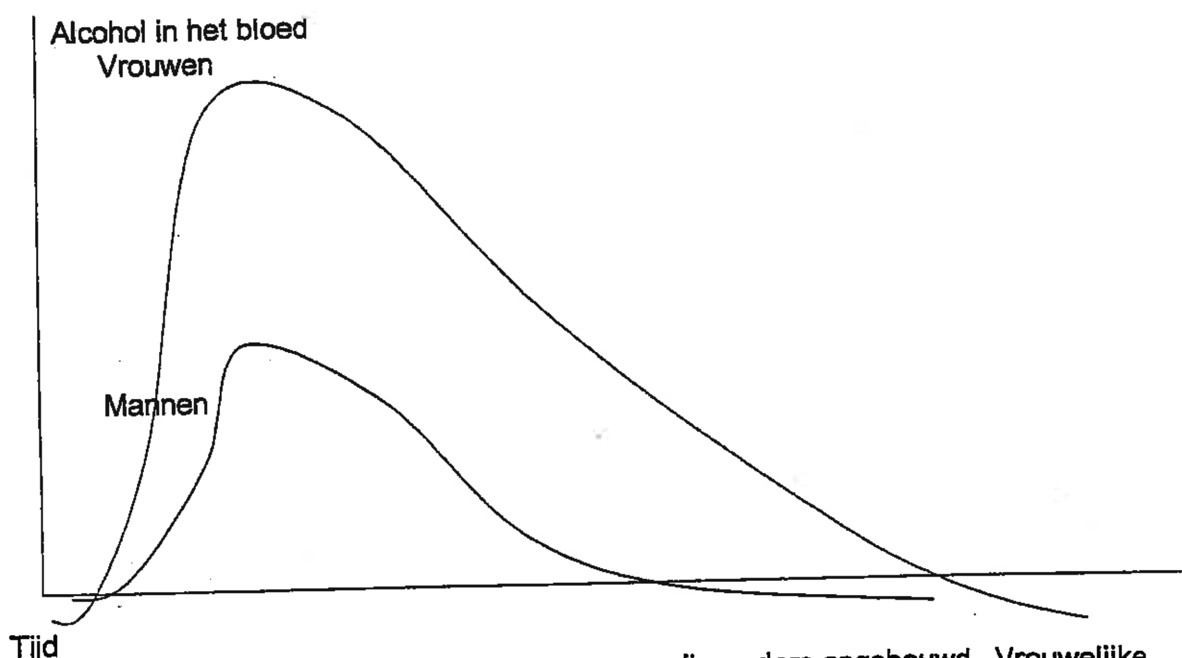
Daarbij is dit correlatieve verband sterker voor jonge chauffeurs dan voor oudere - en dus ook meer ervaren - chauffeurs.

1.3. Via de maag wordt 20% van de alcohol in het bloed geabsorbeerd. 80% van de alcohol komt via de dunne darm terecht in het bloed. Dus ook al stopt men met drinken, dan gaat de <u>absorptie van alcohol in het bloed</u> nog een tijd verder. Bij een sterke toename van alcohol in de maag, zal de uitgang van de maag samentrekken - men spreekt in dit verband over spasmen van de piloris. Zo blijft een deel van de alcohol nog wat langer in de maag.

1.4. <u>De eliminatie van alcohol</u> gebeurt voor 80-90% via de lever. Via de longen en de nieren wordt het resterende percentage afgebroken. Met eliminatietijd bedoelt men de tijd die het lichaam nodig heeft om een product af te breken en uit te drijven. Voor alcohol bedraagt de eliminatietijd in principe 0,15 promille / uur. De eliminatie van 2 glazen (=0,5 promille) duurt dus ongeveer 3 uur. In de praktijk wordt de eliminatietijd mee bepaald door andere factoren, bijvoorbeeld door het feit of men voor het drinken gegeten heeft of niet, door de bubbeltjes in de drank , door het lichaamsgewicht, door het geslacht.

Illustratie : een koppel was uit geweest en had stevig gedronken ; ze besloten de taxi terug naar huis te nemen ; 's ochtends stelt de man voor pistoletjes te halen bij de bakker en hij vertrekt met de wagen ; hij wordt aangehouden door de politie en moet een ademtest doen ; de uitslag is positief ; zijn rijbewijs wordt voor één maand ingetrokken.

1.5. Er bestaan belangrijke <u>verschillen tussen mannen en vrouwen in hun reacties op alcohol</u>. De volgende grafiek is een schets van de bloedalcoholcurve van mannen en vrouwen na het drinken van 3 glazen.



De lichaamsweefsels van mannen en vrouwen zijn anders opgebouwd. Vrouwelijke lichaamsweefsels bevatten vooral vet. Vet houdt geen alcohol vast. Dit impliceert dat als een vrouw drinkt, de alcohol in een beperkte ruimte rondtoert. Er komt meer

alcohol in de hersenen terecht, in hogere pieken, in sterke concentraties. Dit maakt vrouwen meer gevoelig voor afhankelijkheid en voor lichamelijke letsels door alcohol. Mannelijke lichaamsweefsels daarentegen bevatten meer spieren. Het vocht in deze spieren kan alcohol vasthouden. Zo ontstaat er een groter volume waarin de alcohol kan rondtoeren. Er komt minder alcohol in de hersenen terecht, gelijkmatiger verdeeld in de tijd en in minder sterke concentraties.

Alcohol drinken tijdens de zwangerschap heeft een nefaste invloed op de ontwikkeling van het kind : de alcohol gaat immers dwars door de foetus. Deze heeft geen enkele vorm van weerstand, kan geen tolerantie opbouwen. De gevolgen voor de ontwikkeling van de baby worden in de volgende tabel weergegeven.

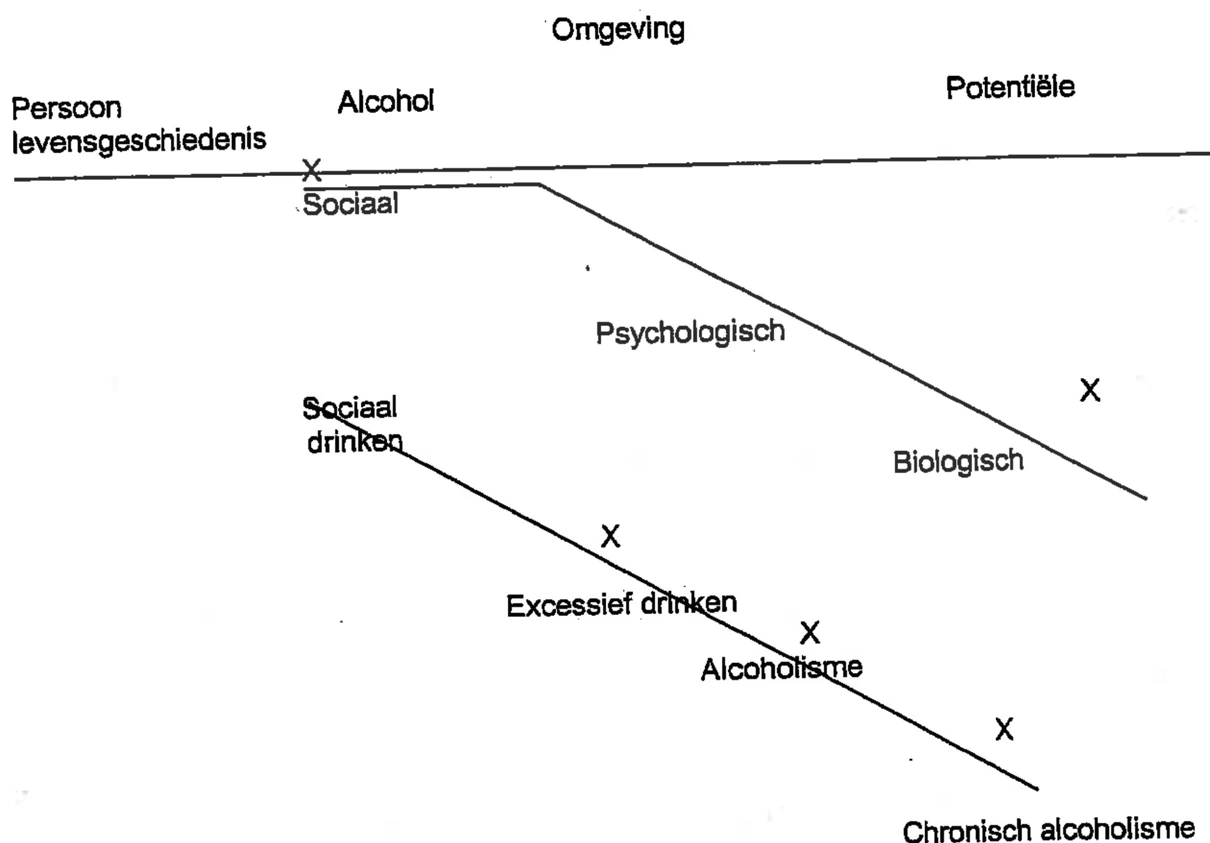
Eerste drie maanden van de zwangerschap	Maanden vier, vijf en zes van de zwangerschap	Laatste drie maanden van de zwangerschap
Het centrale zenuwstelsel wordt aangetast en andere vitale organen ontwikkelen zich slecht.	Het gevaar voor intoxicatie is nu het grootst.	Alcoholgebruik belemmert de groei.

Uiteindelijk kan een Foetaal Alcohol Syndroom (FAS) ontstaan, met mentale retardatie (IQ = 85), groeibelemmering en typische aangezichtskenmerken (te kleine oogspleten, neus te kort + wipneus, te dunne bovenlip,...) Meestal komt het FAS niet in zijn totaliteit naar voor, maar ziet men er enkele symptomen van bij de baby.

2. De carrière van een drinker

Hoe word je alcoholist? Al drinkend. Alcoholist ben je niet plotseling. Het is als het ware een carrière die je gedurende jaren opbouwt.
Bij het ontstaan van een alcoholverslaving spelen drie factoren een rol : de persoon, de alcohol en de omgeving (of mens, middel, milieu (3M)).
Gedurende het verslavingsproces spelen mechanismen een rol die zich op drie niveaus bevinden : het sociale, het psychologische en het biologische niveau. Een sociaal mechanisme treedt sterk naar voor wanneer je leert drinken : dat doe je meestal met vrienden samen. Een psychologisch mechanisme zien we optreden, wanneer mensen alcohol opzoeken omwille van het belonende effect : drinken omdat het je ontspant, omdat je even weg bent van je problemen, ... Een biologisch mechanisme doet zich voor, wanneer tolerantie voor alcohol ontstaat als gevolg van een adaptatie in het centraal zenuwstelsel. Je zult dan meer moeten drinken om dezelfde effecten te bekomen.

2.1. In de carrière van een drinker kunnen we vier stadia onderscheiden. Schematisch kunnen ze op de volgende manier worden voorgesteld.



2.1.1. Met *sociaal drinken* wordt bedoeld : drinken op belangrijke momenten in het cultureel leven zonder dat dit negatieve gevolgen heeft voor jezelf of voor de omgeving. In Groot-Brittannië spreekt men over « sensible drinking ». Voor vrouwen betekent dit dat ze niet meer dan 14 glazen per week drinken ; voor mannen zijn dat niet meer dan 21 glazen per week. Deze vorm van drinken is gemakkelijk om ons heen herkenbaar. Een sociaal drinker kan ook hevig drinken. Dit kan intoxicatie veroorzaken met serieuze gevolgen.

2.1.2. Bij *excessief drinken* onderscheiden we twee vormen. Er zijn mensen die te royaal drinken in functie van het beroep. Men kan ze *hevige sociale drinkers* noemen. We vinden ze eerder bij mannen dan bij vrouwen. Er is een somatisch accent dat bij deze vorm van excessief drinken op de voorgrond treedt. Er zijn ook mensen die excessief gaan drinken omwille van problemen. Men kan ze *probleemdrinkers* noemen. Hier vinden we meer vrouwen terug dan mannen.

2.1.3. Vanaf een bepaald stadium in de carrière van de drinker spreken we over *alcoholisme*. Waarom eigenlijk ? Vanaf dit stadium wordt een ander referentiekader gehanteerd. Bij de sociale drinker en de excessieve drinker kijken we naar de hoeveelheid alcohol die wordt gedronken. Nu kijken we naar het gedrag van de drinker. Zijn of haar gedrag begint te veranderen, begint af te wijken. De persoon raakt afhankelijk van de alcohol. Dit betekent dat ontwenningssymptomen zullen optreden als hij of zij stopt. De drinker kan zich

minder controleren (Zo maakt iemand zich bijvoorbeeld zorgen over black outs, maar kan het drinken toch niet goed laten, zeker na 4 glazen.).

2.1.4. *Chronisch alcoholisme* is makkelijk te herkennen : gecontroleerd drinken is onmogelijk. De ontwenningssymptomen 's morgens zal de persoon trachten te onderdrukken door een ochtenddrank, bv. op het station, tijdens de pauze op het werk.

2.2. Over het eerste en laatste stadium in een drankcarrière bestaat weinig discussie. Deze gebruikers zijn gemakkelijk te herkennen. Over de middengroep bestaat veel discussie. Wanneer is iemand een hevig sociaal drinker, een probleemdrinker of een alcoholist ? Het is belangrijk om risicogedrag vroeg te kunnen detecteren, omdat deze overgangsgroep nog vatbaar is voor gecontroleerd drinken. Bij chronische alcoholisten is dat niet zo : slechts 2-3% drinkers uit deze groep zijn vatbaar voor gecontroleerd drinken. In het kader van vroegtijdige detectie kunnen huisartsen een sleutelrol spelen. Ze kunnen daartoe bepaalde <u>tests</u> hanteren.

2.2.1. De *CAGE* is een makkelijk uit te voeren test. Wie op twee van de vier gestelde vragen « ja » antwoordt, heeft 80% kans problematisch te drinken :

- Cut down : Heb je ooit geprobeerd te stoppen ?
- Annoyed : Heb je je ooit verveeld gevoeld omwille van je alcoholgebruik ?
- Guilt : Heb je je ooit schuldig gevoeld omwille van je alcoholgebruik ?
- Eye opener : Heb je ooit 's morgens moeten drinken om je opnieuw goed te voelen ?

2.2.2. Door de World Health Organisation werd de *AUDIT* ontworpen. Hier worden tien vragen gesteld. Het is een gevoeliger instrument dan de CAGE. Er wordt een betrouwbaarheid bereikt van 99%.

2.2.3. De *DSM-IV*-vragenlijst peilt ook naar drankproblemen. De vragen uit deze lijst werden opgebouwd rond zeven criteria, waarbij de aanwezigheid van drie van de zeven criteria wijst op afhankelijkheid :

- Tolerantie
- Onthouding
- Grote hoeveelheid en duur van het drinken
- Wens of poging om te stoppen
- De tijd die wordt genomen om het middel te bekomen
- Beperking van beroepsmatige of sociale activiteiten
- Voortdurend gebruik

2.3. <u>Cijfergegevens</u> vinden we o.m. bij VAILLANT.
Volgens deze onderzoeker gebruikt *een hevig sociaal drinker* 2 tot 3 drankjes per dag.
Wie alcohol misbruikt en dus vroeg of laat problemen krijgt, drinkt meer dan 8 drankjes per dag – het gaat om 10 tot 15% van de alcoholgebruikers.
Wie zware afhankelijkheidsproblemen heeft, vermindert zijn levenskansen met 13 jaar. Voor deze *chronische alcoholici* resten twee oplossingen : ofwel abstinentie, ofwel de dood.
Andere bronnen maken gebruik van de gegevens van de DSM-IV. Men constateert dat 13,7% van alle mensen in de loop van hun leven ooit beantwoorden aan de criteria voor afhankelijkheid en/of misbruik van een middel. Daarbij was 5% het afgelopen jaar afhankelijk.

2.4. Spelen erfelijke factoren een rol bij alcoholmisbruik?

2.4.1. Uit *adoptiestudies* leren we dat de zoon van een alcoholische vader 4 X meer kans heeft op alcoholproblemen dan een zoon van een niet-alcoholische vader.

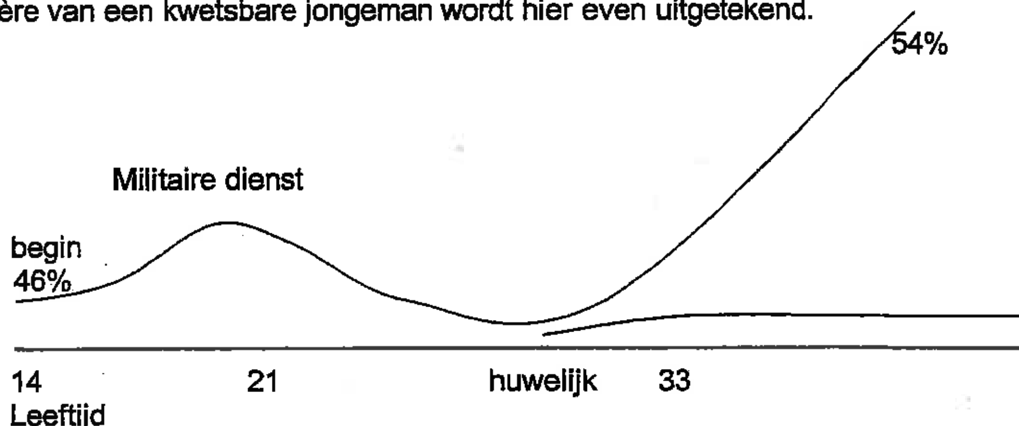
2.4.2. *Eeneiige tweelingen* hebben veel meer kans dan twee-eiige om beiden een alcoholprobleem te ontwikkelen.

2.4.3. Recent *longitudinaal onderzoek* leidt tot interessante, genuanceerde bevindingen. Wanneer we proefpersonen uit niet-alcoholische families vergelijken met proefpersonen uit families waar wel regelmatig alcohol wordt gedronken, blijken zich geen verschillen voor te doen wat betreft o.m. persoonlijkheid en intelligentie.
Wel stelt men een verschil vast in de biologische en perceptuele reactie op alcohol.

Alcoholgebruik binnen de familie	Zwakke reactie op alcohol	Alcoholproblemen 10 jaar later
Familie waar regelmatig wordt gedronken	Meer dan 40% van de jongeren	4 X meer alcoholproblemen dan in niet-alcoholische families
Niet-alcoholische familie	Minder dan 10% van de jongeren	

Binnen de subgroep van 40% jongeren die weinig reageren op alcohol heeft 10 jaar later 54% een alcoholprobleem ! (En 46% dus niet.) De resultaten van dit onderzoek werpen een licht op de kwetsbaarheid van bepaalde subgroepen binnen de bevolking. Er lijken t.a.v. alcoholproblemen faciliterende en beschermende factoren te bestaan . Mensen die in hun jeugd goed tegen alcohol kunnen, lopen meest gevaar om later een alcoholprobleem te ontwikkelen. Als jongere goed tegen alcohol kunnen is m.a.w. een faciliterende factor. Als adolescent slecht alcohol verdragen is dan weer een beschermende factor.
Recent gaat men op zoek naar nog andere faciliterende en beschermende factoren. Zo weet men nu dat « als kind moeilijkheden hebben op school » een faciliterende factor is voor alcoholproblemen op latere leeftijd.
Het actuele erfelijkheidsonderzoek is zeer boeiend en zal het ons mogelijk maken om in de toekomst preventiewerk meer naar bepaalde kwetsbare subgroepen binnen de samenleving toe te richten.

De drankcarrière van een kwetsbare jongeman wordt hier even uitgetekend.



3. Een marinade van hersencellen

Er bestaat in onze hersenen niet één specifieke receptor die gevoelig is voor alcohol. Alcohol is een zeer breed werkende drug, die een « marinade van de hersencellen » teweegbrengt.
Eerst verandert alcohol de structuur van de membranen van de hersencellen. Daarna oefent het product een invloed uit op de receptoren tussen deze membranen. Het gaat daarbij om de dopamine-receptoren, de GABA-receptoren en de glutamaat-receptoren.

Membraan



3.1. <u>Dopamine-receptoren</u> bevinden zich o.a. in de nucleus accumbens. Ze regelen ons rewarding-system. Activering van de dopamine-receptoren wekt lustgevoelens op. Alcohol werkt in op de dopamine. Daardoor ontstaan acuut lustgevoelens. Op lange termijn wordt door de inwerking op de dopamine een alcoholverslaving in de hand gewerkt (vanwege de bijhorende psychische conditionering).

3.2. <u>GABA-receptoren</u> in actie hebben een kalmerend effect. Alcohol werkt in op deze receptoren en zal zo acuut een kalmerend effect hebben. Wanneer echter chronisch alcohol wordt gebruikt, treedt tolerantie op : de GABA-receptoren worden minder geactiveerd door de alcohol.
Benzodiazepines werken ook in op de GABA-receptoren. Daarom kunnen ze gebruikt worden als substituut voor alcohol tijdens de ontwenningsperiode (zie 4.1.).

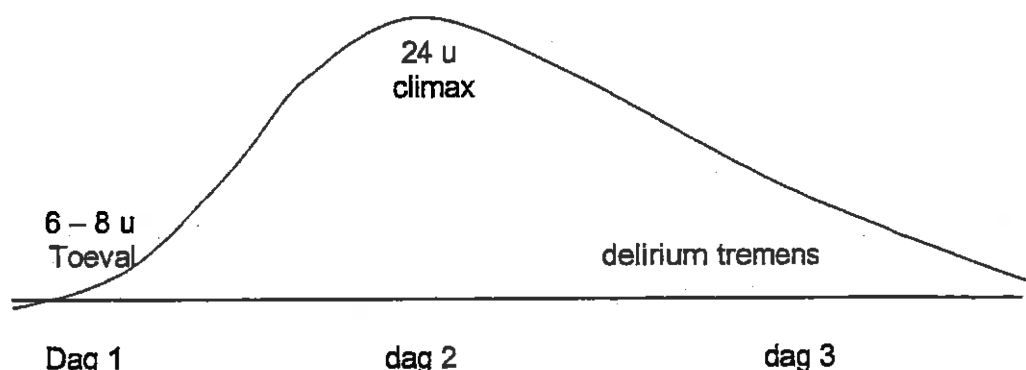
3.3. <u>Glutamaat-receptoren</u> hebben een excitatorische functie. Ze staan m.a.w. in voor opwinding. Alcohol onderdrukt de werking van de glutamaat-receptoren. Daardoor ontstaat acuut een gevoel van loomheid, slaperigheid en verminderde concentratie. Op lange termijn zal het organisme meer glutamaat-receptoren aanmaken om de onderdrukking door alcohol teniet te doen. Bij ontwenning ontstaat dan overprikkelbaarheid door het overaanbod van glutamaat-receptoren.
Campral werkt ook in op de glutamaat-receptoren (zie 4.2.).

4. Therapie

4.1. Een alcoholtherapie vangt aan met het <u>uit de verslaving halen</u> van de drinker. Dit gebeurt tijdens de ontwenningsfase.

4.1.1. *Deze fase duurt ongeveer een week.*

- Na 6 u verschijnen de eerste ontwenningssymptomen, waaronder bibberen en slaapstoornissen.
- Na 24 u doet zich een climax voor, eventueel met stuiptrekkingen.
- Een delirium tremens kan zich voordoen, meestal tussen de 2de en de 3de dag.
- Na drie dagen nemen de ontwenningssymptomen af.
- Na zeven dagen is de persoon lichamelijk uit de verslaving gehaald.



4.1.2. De kans bestaat dat ontwennende personen een toeval of een (meestal eenmalig) delirium tremens doen. Dit zijn belangrijke argumenten om mensen medicatie voor te schrijven gedurende de ontwenningsperiode.
Welke medicamenten komen in aanmerking voor alcoholontwenning? U vindt ze in de tabel op de volgende bladzijde.

4.1.3. *Moet de cliënt naar de kliniek ?* Wanneer de arts risico's verwacht, zullen medicijnen worden voorgeschreven en zal men omwille van de veiligheid een opname voorstellen. Wanneer worden risico's verwacht ?

- Wie al een insult of een delirium gedaan heeft, zal gemakkelijk hervallen.
- Wie ook pillen neemt en dus polygebruiker is, loopt meer risico.
- Wie verslaafd èn depressief is, loopt meer risico. De drank afnemen, betekent voor deze mensen tegelijk « hun wapens afnemen ».
- Wie zich in een slechte medische toestand bevindt - een longontsteking heeft, bijvoorbeeld, kan men niet zomaar laten ontwennen.
- Wie er niet in geslaagd is ambulant te ontwennen, loopt ook meer gevaar.

P.S. Ontwenningsverschijnselen doen zich niet alleen voor, wanneer iemand ophoudt met drinken. Ze zijn er ook, wanneer iemand probeert te verminderen. Ook dan bestaat soms het gevaar van stuiptrekkingen of een delirium.

Product,medicament	Woordje uitleg
Vitamine B1 (Thiamine)	Tijdens het drinken wordt meer vitamine B1 verbruikt, zodat er gemakkelijk een tekort ontstaat. Vitamine B1 wordt gebruikt ter voorkoming van het syndroom van Wernicke, een syndroom dat onmiddellijke behandeling vereist.
Vitamine B12 (Foliumzuur)	
Magnesium	Eventueel te gebruiken
Zink	Eventueel te gebruiken
Benzodiazepines	

	Bv. Valium Werken in via het GABA-systeem (zie boven) Probleem 1 : Wat als de cliënt toch bijdrinkt ? Er ontstaat dan potentiëring en die is gevaarlijk. Indien ambulant toegepast, dan wordt de boodschap doorgegeven : « Rijd niet met de wagen ! » Probleem 2 : Niet blijven nemen ! De cliënt mag max. 2 tot 3 weken benzo's nemen. Het gevaar voor verslaving wordt anders te groot.
Chlormethiazole (Distranemine, Heminevrine)	Probleem : de halfwaardetijd bedraagt 4 u . De cliënt moet dit medicament dus vaak nemen -> gevaar voor afhankelijkheid.
Neuroleptica	Helpen tegen psychotische opstoot, maar creëren een lage drempel voor epileptische toevallen. Dus beperkt te gebruiken : enkel bij hallucinaties. Indien neuroleptica worden gebruikt, moeten ook benzo's worden voorgeschreven.
Tiapride	egen delirium tremens, maar verhoogde kans op epileptische toeval.
Piracetam (Notropil)	Er bestaan geen goede studies over. Dit middel raakt buiten gebruik.
Anti-epileptica	Werken te laat, pas na 4 – 5 dagen. Tegretol (stemmingsstabilisator) zal in de toekomst wellicht meer worden gebruikt.

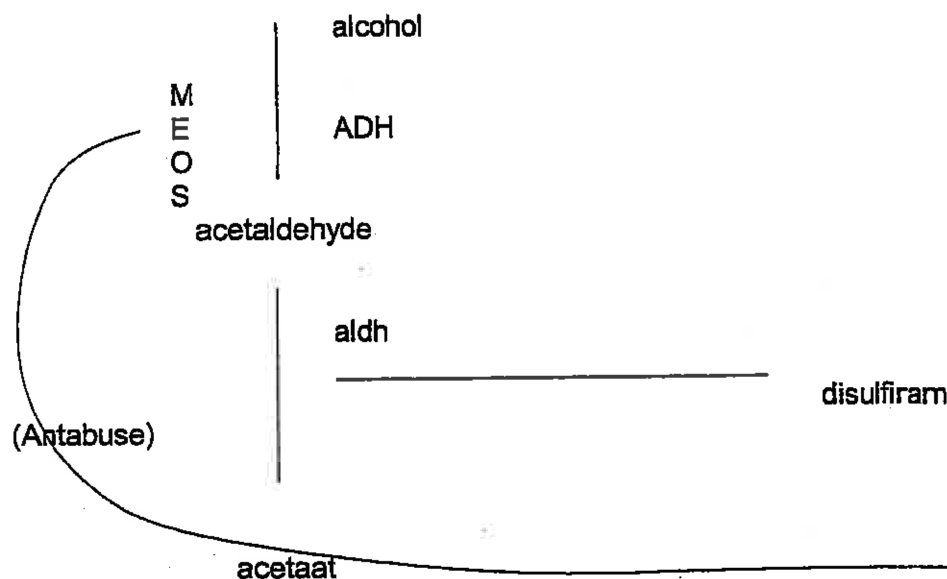
4.2. Na de ontwenning is de persoon nog gedurende lange tijd ziek. Op biologische gronden ontwikkelt hij een « Post Acute Withdrawal »-syndroom (PAW). Dit kenmerkt zich door slaapstoornissen, concentratiemoeilijkheden, geheugenproblemen (inprentingsproblemen) en emotionele prikkelbaarheid. De persoon komt zo regelmatig onder stress te staan en het verlangen naar drank dringt zich aan hem op. In dit verband spreken we over « craving » , een verlangen naar alcohol dat ontstaat op biologische (de stress door het PAW-syndroom) en situationele (dit café,...) grond. In deze fase werkt de therapie en eventuele medicijnen aan de craving. Men probeert hervallen te voorkomen via terugvalpreventie.

4.2.1. Waar streeft men naar tijdens de terugvalpreventie, is dat *gecontroleerd drinken of geheelonthouding ?* Welke cliënt kan wat aan ? Het streefdoel hangt af van de diagnose : is de verslaving te ver gezet, dan opteert men voor geheelonthouding.

Gecontroleerd drinken	Geheelonthouding
< 40 jaar oud	> 40 jaar oud
vroege detectie	late detectie
minimale tekens van afhankelijkheid	veel tekens van afhankelijkheid
geen belangrijke medische complicaties	medische complicaties
geen psychiatrie	psychiatrie
sociale stabiliteit	sociale labiliteit
geen impulsieve trekken	impulsieve trekken
meewerken met behandeling	behandeling tegenwerken
cliënt verkiest duidelijk gecontroleerd drinken	cliënt verkiest geheelonthouding
partner gaat ermee akkoord	partner gaat ermee akkoord

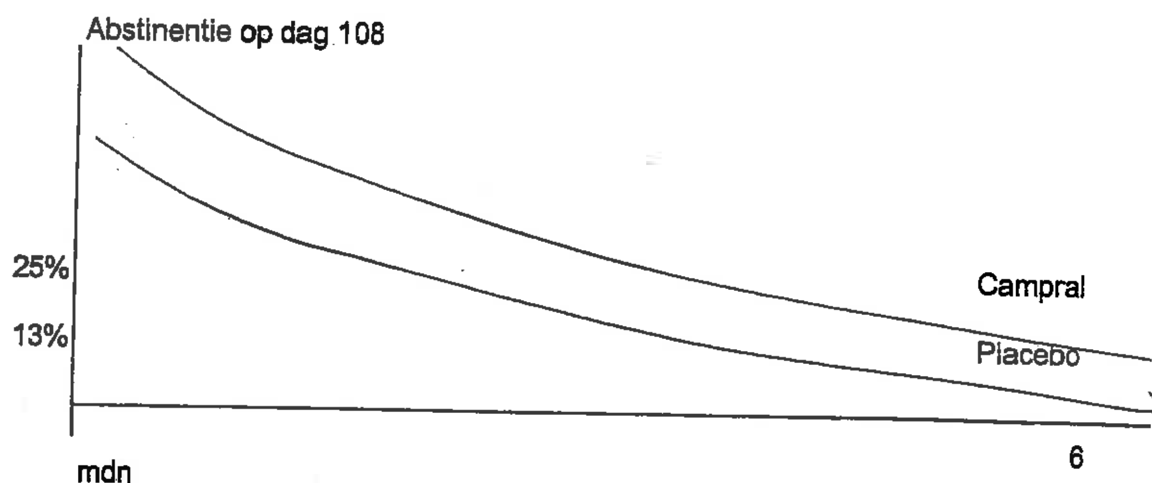
(Click, 1992)

4.2.2. Een medicament om niet meer te (kunnen) drinken is *Antabuse*. Het kan enkel worden gebruikt als hulpmiddel, niet als primaire therapie. Het middel nemen om je partner een plezier te doen, lijkt al helemaal een slechte motivering. Antabuse bestaat in pilvorm en als inplanting. De pillen werken, de inplanting werkt farmacologisch niet goed – het product wordt vaak afgestoten, psychologisch eventueel wel.
Wie alcohol drinkt op Antabuse, zal bij afbraak van de alcohol een sterk toxische reactie doen en ziek worden.



4.2.3. Campral is een nieuw medicament dat craving tegengaat. Het kan niet gebruikt worden als afdwingend middel : als mensen niet gemotiveerd zijn, moet je ze 't niet laten gebruiken. Het voorschrijven van Campral moet worden ingekaderd in een begeleiding van psychosociale aard. Als medicament werkt het in op de glutamaat-receptoren. Mensen worden er dus rustiger van.
In de Verenigde Staten is Naltrexone de concurrent van Campral.

Dokter Ansoms deed een onderzoek met proefpersonen die geen andere therapie wilden volgen en kwam tot de volgende bevindingen.



Een nauwkeuriger kijk op de effectiviteit van Campral, geeft ons de volgende tabel.

Variabele	Met Campral	Met placebo
Eerste terugval	Na 45 dagen	Na 15 dagen
Volledige therapie	41%	31%
Gemiddelde	102 dagen	88 dagen
behandelingsduur	25%	13%
Abstinentie op dag 108	61,1 dagen	43,1 dagen
CAD		

Farmaca in de behandeling van verslavingen

van den Brink W., Geerlings P. (deel 1), Pyschopraxis, 1 (1) sept 1999 en (deel 2), Psychopraxis, 1 (2) okt 1999

Trefwoorden:
farmacotherapie,
verslaving, alcohol,
heroïne, cocaïne,
cannabis, intoxicatie,
ontgifting,
terugvalpreventie

Wim van den Brink en Peter Geerlings

Alcohol- en drugsverslaving behoren tot de meest voorkomende psychiatrische stoornissen en zijn verantwoordelijk voor veel menselijk leed, een aanzienlijke sterfte en veel maatschappelijke overlast. Over het vóórkomen van verslavingsproblemen bij psychiatrische patiënten is nog weinig bekend, maar bij een aanzienlijk aantal patiënten spelen ze een belangrijke rol. De laatste jaren is duidelijker geworden welke interventies effectief zijn.[1] Farmacologische behandelmethoden (farmacotherapie) nemen bij de groep effectieve interventies een steeds prominentere plaats in.
In dit overzicht komen de doelstellingen daarvan en specifieke farmacologische interventies voor specifieke verslavingen aan de orde.[2] Achtereenvolgens bespreken we alcohol en heroïne. In het volgende nummer wordt aandacht geschonken aan cocaïne en het belang van psychosociale begeleiding.

Doelstellingen van behandeling

In het algemeen zijn bij farmacotherapie bij verslaafden vier doelstellingen te onderscheiden:

1. *Bestrijding van acute intoxicaties** (*= uitleg aan het einde van het artikel). Hierbij wordt gebruik gemaakt van antagonisten (zie kader 1) en van algemene maatregelen gericht op de bestrijding van somatische en psychiatrische symptomen.
2. *Bewerkstelligen van stabiele abstinentie.* Vooral de behandeling van alcoholisten is sterk gericht op stabiele abstinentie, dat wil zeggen het volledig stoppen met het gebruik van alcohol. Hierbij worden twee fasen onderscheiden:
   - ontgifting en bestrijding van onthoudingsverschijnselen*. Ter verlichting worden agonisten of partiële antagonisten (zie kader 1) gebruikt;
   - terugvalpreventie gericht op vermindering van het positieve effect van en hunkering (craving) naar de verslavende stof met behulp van medicamenten en het bewerkstelligen van een aversieve reactie bij het gebruik van een verslavende stof.

Deze bijdrage is een bewerking van een hoofdstuk in Heeren T. ea (1999) *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. In dat hoofdstuk zijn ook meer referenties te vinden.

Prof.dr. W. van den Brink is als hoogleraar klinische epidemiologie op het gebied van de Verslavingszorg verbonden aan het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. *Drs. P.J. Geerlings* is eerste geneeskundige van de Jellinek-kliniek te Amsterdam en universitair hoofddocent bij de afdeling Volwassenen Psychiatrie van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam.

Kader 1 Agonisten en (partiële) antagonisten

Verslavende stoffen hebben vaak uiteenlopende psychotrope (geestveranderende) effecten. Alcohol werkt bijvoorbeeld kort na inname vaak stimulerend, terwijl wat later de verdovende effecten duidelijk de overhand krijgen. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat de meeste verslavende stoffen hun werking in de hersenen via meer dan een neurotransmittersysteem uitoefenen. Inzicht in de neurofarmacologische werkingsmechanismen is ook van groot belang, omdat die de effecten van geneesmiddelen bepalen. Er wordt daarbij meestal onderscheid gemaakt tussen:

- *agonisten*: stoffen die in de hersenen op dezelfde receptor(en) aangrijpen als de verslavende stof en ongeveer hetzelfde psychotroop effect hebben;
- *antagonisten*: stoffen die in de hersenen op dezelfde receptor(en) aangrijpen als de verslavende stof maar geen psychotroop effect hebben;
- *partiële antagonisten*: stoffen die in de hersenen op dezelfde receptor(en) aangrijpen als de verslavende stof maar een geringer psychotroop effect hebben;
- *andere stoffen*: stoffen die in combinatie met de verslavende stof aversieve verschijnselen veroorzaken.

3. *Stabilisatie van het gebruik en optimale maatschappelijke integratie.* Wanneer volledige abstinentie niet lukt, verschuift de doelstelling naar stabilisatie van het gebruik, het voorkomen van schade door gebruik en een optimale maatschappelijke integratie van de verslaafde. Vaak worden daarbij agonisten gebruikt.
4. *Medicamenteuze behandeling van comorbide* psychiatrische stoornissen.* Een aanzienlijk aantal alcohol- en drugsverslaafden lijdt tevens aan andere psychiatrische stoornissen. Bij een deel van hen is behandeling van deze bijkomende psychiatrische stoornissen van belang voor het bereiken van stabiele abstinentie en/of verbetering van het sociale functioneren en de maatschappelijke integratie.

Bestrijding intoxicatie

Bij ernstige intoxicaties moet de cliënt voor
worden gerustgesteld in een prikkelarme omg
ving. Specifieke farmaca zijn meestal niet nodi
Bij levensbedreigende intoxicaties kan een op
aat*antagonist (naloxon) of een benzodiaz
pine*antagonist (flumazenil) uitkomst biede
(zie kader 1). In de praktijk is dit echter bijn
nooit noodzakelijk.

Ontgifting

Onthoudingsverschijnselen kunnen variëren va
mild (misselijkheid, transpireren, prikkelbaa
heid, angst, trillen, slapeloosheid) tot zeer ernst
(delier, insult). De klachten beginnen meest
binnen twaalf uur na het staken van het gebrui
vertonen een piek tussen de 48 en de 72 uur n
het staken en zijn meestal binnen 5 à 7 dagen ve
dwenen. Bij circa 1% van de gevallen treedt ee
onthoudingsdelier* op. Bij 1-4% van de gevall
is sprake van zogenaamde onthoudingsinsulten
met verschijnselen die identiek zijn aan een ep
leptische aanval.

BIJ ERNSTIGE INTOXICATIES MOET DE CLIËNT VOORAL GERUSTGESTELD WORDEN IN EEN PRIKKELARME OMGEVING. SPECIFIEKE FARMACA ZIJN MEESTAL NIET NODIG.

Milde en matige onthoudingsverschijnsele
zijn het best te behandelen via een kort afbouw
schema met een langwerkend benzodiazepi
(onder andere chloordiazepoxide, diazepam). C
de eerste dag wordt bijvoorbeeld gestart met 10
200 mg chloordiazepoxide of met 20-40 mg di
zepam verdeeld over drie doses, gevolgd door ee
dagelijkse dosisreductie waarbij de benzodiazep
nen in het algemeen binnen 5-7 dagen geheel g
staakt kunnen worden.

In het geval van ernstige leverfunctiestoorni
sen bij ouderen en cliënten met cognitieve fun
tiestoornissen (delirium, dementie) geniete
kortwerkende benzodiazepinen (onder ande
oxazepam, lorazepam) de voorkeur. Meestal
combinatie met een lagere dosis benzodiazepin
worden ook wel bèta-blokkers* (onder ande
propanolol) of middelen als clonidine gebrui

voor het bestrijden van met name vegetatieve onthoudingsverschijnselen, zoals misselijkheid, hoofdpijn en beven. Deze middelen missen echter het beschermend effect tegen delieren en insulten.

Een onthoudingsdelier wordt bij voorkeur behandeld met een langwerkend benzodiazepine (onder andere chloordiazepoxide, diazepam), omdat antipsychotica (onder andere haloperidol) bij deze cliënten de kans op een insult vergroten. Insulten worden bij voorkeur met een langwerkend benzodiazepine (clonazepam, diazepam) bestreden.

Ter voorkoming en/of behandeling van neurologische complicaties (polyneuropathie*, geheugenstoornissen, cerebellaire ataxie*) is aanvullende vitamine B1 voor alle cliënten nodig: drie dagen 100 mg thiamine daags, gevolgd door een multivitaminepreparaat gedurende enkele weken.

Terugvalpreventie

Er zijn verschillende farmacologische methoden om terugval na succesvolle ontgifting te voorkomen.

Klassiek is het gebruik van disulfiram ter voorkoming van terugval. Dit middel kan leiden tot uiterst onplezierige reacties als 'flushing', misselijkheid, braken, angst en te lage bloeddruk. Helaas treden soms ook ernstiger reacties op, zoals hartritmestoornissen, insulten, ademhalingsdepressie*, perifere neuropathie* of leverfunctiestoornissen. Na informatie over het middel wordt

DE EFFECTIVITEIT VAN DISULFIRAM IS NOG STEEDS OMSTREDEN, MAAR INNAME ONDER TOEZICHT VAN DE PARTNER OF BEHANDELAAR LIJKT EEN POSITIEF EFFECT TE HEBBEN.

de gemotiveerde cliënt ingesteld op 125-500 mg disulfiram per dag. Sommige auteurs adviseren een zogenaamde proefdronk. Het belang daarvan is echter niet bewezen en wordt door ons vanwege de potentiële risico's ontraden. De effectiviteit van disulfiram is nog steeds omstreden, maar inname onder toezicht van de partner of behandelaar lijkt een positief effect te hebben. Disulfiram is niet geschikt voor slecht gemotiveerde, impulsieve, psychotische of zelf-destructieve cliënten en zeker niet voor zwangeren en cliënten met cardiovasculaire*, neurologische of ernstige lever- en/of nierfunctiestoornissen.

De belangrijkste nieuwe ontwikkeling is het gebruik van de opiaat-antagonisten naltrexon en acamprosaat. Een dosering van 50 mg naltrexon vermindert de craving* en terugval bij een groot deel van de alcoholverslaafde cliënten. Bijwerkingen bestaan vooral uit misselijkheid en braken en leiden zelden tot drop-out. Naltrexon is niet geschikt voor cliënten met leverfunctiestoornissen. Recentelijk werd ook aangetoond dat de nieuwe opiaat-antagonist nalmefene in een dosering van 40 mg per dag evenals bij naltrexon leidt tot een halvering van het aantal cliënten dat binnen twaalf weken terugvalt. Een voordeel van dit laatste geneesmiddel is dat dosis-afhankelijke hepatotoxiciteit* vooralsnog afwezig lijkt. In het meeste onderzoek leidt acamprosaat tot minder drop-out, langere periodes van totale onthouding en een halvering van de kans op terugval. Op basis van deze studies wordt voor alcoholisten met een gewicht van minder dan 60 kg een dosering van 4 x 333 mg geadviseerd. Voor cliënten van 60 kg of meer lijkt 6 x 333 mg de aangewezen dosering. Acamprosaat kan zonder risico's met benzodiazepinen of disulfiram worden gecombineerd. De meest vóórkomende bijwerkingen zijn diarree, obstipatie en jeuk. Belangrijk is verder dat leverfunctiestoornissen geen contraindicatie vormen voor het gebruik van acamprosaat.

Antidepressiva lijken een optie bij de behandeling van alcoholisten met een depressie of een fobie met of zonder paniek die na ontgifting blijven voortbestaan. Buspiron en/of propanolol zijn mede door hun niet-verslavende karakter mogelijk bruikbaar bij de behandeling van alcoholisten met een algemene angststoornis.

Stabilisatie

De behandeling van alcoholafhankelijkheid is nog steeds gericht op het bewerkstelligen van stabiele onthouding. Toch zijn er ook hier mogelijkheden voor het beperken van de schade bij cliënten die kennelijk niet willen of kunnen stoppen met drinken. Een interessante ontwikkeling is daarbij het gebruik van geneesmiddelen die leverfunctiestoornissen door chronisch alcoholgebruik voorkomen of verminderen.

Behandeling psychiatrische comorbiditeit

Langdurig gebruik van benzodiazepinen is af te raden vanwege de grote kans op afhankelijkheid, terwijl tricyclische antidepressiva* in prin-

Tabel 1 Overzicht van de farmaca die worden gebruikt bij de behandeling van verslavingen

	Stofnaam	Merknaam
Opiaat-antagonist	Acamprosaat	Campral
	Nalmefene	
	Naloxon	Narcan B
	Naltrexon	
Opiaat-agonist	Methadon	Mepecton B
		Mephenon B
		Symoron NL
	Laam	
Partiële Opiaat-antagonist	Buprenofine	Temgesic
Benzodiazepine-Antagonist	Flumazenil	Anexate
Benzodiazepine	Chloordiazepoxide	Librax B
	Clonazepam	Rivotril
	Diazepam	Stesolid NL
		Valium
	Lorazepam	Temesta
	Oxazepam	Seresta
Bèta-blokker	Propanolol	Inderal
Antidepressivum	Desipramine	Pertofran
Andere	Amantadine	Amantan B
		Mantadix B
		Symmetrel NL
	Bromocriptine	Parlodel
	Buspiron	Buspar
	Carbamazepine	Tegretol
	Clonidine	Catapresan
		Dixarit
	Disulfiram	Antabuse B
		Refusal NL

NL= alleen in Nederland B= alleen in België

cipe niet in aanmerking komen vanwege het verhoogde suïciderisico bij alcoholisten. Bij de behandeling van een comorbide schizofrene stoornis dient men antipsychotica in principe zo laag mogelijk te doseren. De kans op tardieve diskinesie* is bij alcoholisten namelijk relatief groot.[3]

Heroïne

Bestrijding intoxicatie

Milde en matige vormen van intoxicatie behoeven in het algemeen geen behandeling. Bij zware overdoseringen, gekenmerkt door ademdepressie* of een ernstige bewustzijnsdaling, dient de cliënt direct te worden opgenomen. Naast beademing en bewaking van vitale functies dient men zo snel mogelijk 0,4 mg (1 ml) naloxon, een opiaat-antagonist, toe te dienen. Binnen twee minuten moet de ademhaling verbeteren, terwijl ook de systolische bloeddruk toeneemt en de pupillen zich verwijden. Zonodig kan opnieuw 0,4-0,8 mg naloxon gegeven worden. Blijft ook dan een respons uit, dan is er waarschijnlijk sprake van een bijkomende of een geheel andere oorzaak, zoals een vergiftiging met slaapmiddelen (barbituraat-intoxicatie) of hoofdletsel. Bij de verslaafden aan opiaten zoals heroïne ontstaan vrijwel onmiddellijk na de toediening van naloxon heftige onthoudingsverschijnselen.

Ontgifting

Voor de medicamenteuze behandeling van onthoudingsverschijnselen na het stoppen van heroine, die gericht is op totale onthouding zijn vier strategieën beschikbaar.

Vervanging met een langwerkende opiaat-agonist (methadon) gevolgd door een geleidelijke afbouw van deze agonist. Bij ontgifting met methadon wordt de dosering individueel bepaald aan de hand van de onthoudingsverschijnselen: titratie met 10 mg methadon oraal per 2-4 uur. In het algemeen wordt stabilisatie en controle van de symptomen in de eerste 24 uur bereikt met een dosering van 10-50 mg. Afhankelijk van de motivatie van de cliënt, het type verslaving (heroïne en/of methadon) en de aard van de setting (ambulant of intramuraal) wordt sneller (7 dagen) of langzamer (3 maanden) afgebouwd. Op het moment dat de dosering onder de 20-30 mg daalt, ontstaan vaak opnieuw onthoudingsverschijnselen, die eventueel te bestrijden zijn met 0,1-0,3 mg clonidine per dag.

Vervanging met een partiële opiaat-antagonist (buprenorfine) gevolgd door geleidelijk of abrupt stoppen van dit middel. Buprenorfine onderdrukt bij een lage dosering (2-4 mg sublinguaal*) de onthoudingsverschijnselen, terwijl het in hogere doseringen (> 8 mg per dag sublinguaal) morfine-achtige effecten heeft. De voordelen van het gebruik van buprenorfine boven het gebruik van opiaat-agonisten zijn:

- het geringere verslavingsrisico;
- mildere onthoudingsverschijnselen bij abrupt staken van het gebruik;
- de grotere veiligheid (minder ademhalingssuppressie).

Abrupt stoppen met alle opiaten en gelijktijdige onderdrukking van onthoudingsverschijnselen met behulp van clonidine. Clonidine zorgt voor de onderdrukking van de vegetatieve onthoudingsverschijnselen, zoals misselijkheid, braken, krampen en zweten. Helaas heeft clonidine weinig of geen effect op de vaak aanwezige spierpijnen, slapeloosheid en craving. Bovendien veroorzaakt clonidine bij sommige cliënten in een lage dosering te lage bloeddruk en/of sufheid. Op de eerste dag wordt, op geleide van de onthoudingsverschijnselen, meestal gestart met 0,1-0,3 mg clonidine. De geleidelijke afbouw van deze medicatie neemt in het geval van heroïne meestal 4-7 dagen en bij methadon 10-14 dagen in beslag. Het belangrijkste voordeel van clonidine boven methadon en buprenorfine is dat het niet verslavend is en er na ontgifting eventueel direct gestart kan worden met de opiaat-antagonist naltrexon ter voorkoming van terugval. Bij hartaandoeningen, nierfunctiestoornissen en te lage bloeddruk moet deze vorm van ontgifting absoluut ontraden worden.

MEN DIENT ZICH BIJ DIT ALLES TE REALISEREN DAT DE MEESTE VORMEN VAN ONTGIFTING NIET WORDEN GEVOLGD DOOR EEN BEHANDELING GERICHT OP STABIELE ONTHOUDING EN DAT TERUGVAL EERDER REGEL DAN UITZONDERING IS.

Snelle ontgifting met een combinatie van een opiaat-antagonist (naltrexon) en gelijktijdige onderdrukking van de acute onthoudingsverschijnselen met clonidine. Bij zeer gemotiveerde cliënten, die na ontgifting drugvrij willen blijven, is ook een ultrasnelle ontgifting met een combinatie van clonidine en naltrexon te realiseren. Naltrexon wordt hierbij ingezet om de aanwezige opiaten snel te verdrijven van de opiaatreceptoren in de hersenen. Op de eerste dag wordt (na een proefdosis naloxon) gestart met 3 keer 0,1-0,3 mg clonidine en 12,5 mg naltrexon, gevolgd door drie dagen met een afnemende dosering clonidine (stop op dag 4) en een toenemende dosering naltrexon (12,5 mg op dag 1 tot 100 mg op dag 4). Recentelijk is de duur van de ontgifting met behulp van anesthesie/narcose verder teruggebracht tot slechts één dag. De belangrijkste voordelen van deze gecombineerde ontgiftingsprocedures is de korte duur (1-4 dagen), de kleinere kans op voortijdige uitval en de mogelijkheid van een aansluitende onderhoudsbehandeling met naltrexon. Men dient zich bij dit alles te realiseren dat de meeste vormen van ontgifting niet worden gevolgd door een behandeling gericht op stabiele onthouding en dat terugval eerder regel (> 90%) dan uitzondering is. Bovendien ontstaat bij langdurige onthouding een vermindering van de tolerantie die bij terugval in het gebruik kan leiden tot een onverwachte overdosis. Vooralsnog is niet duidelijk wat de toegevoegde waarde is van deze vormen van snelle ontgifting.

Terugvalpreventie

Hierbij zijn twee doelstellingen te onderscheiden.

Volledige en stabiele onthouding van alle opiaten met behulp van een langwerkende opiaat-antagonist (naltrexon). Het langdurig gebruik van een onderhoudsdosering naltrexon blokkeert de effecten van alle opiaten. Het leidt ten slotte tot de uitdoving van gevoelens van craving en kan op die manier bijdragen aan het bereiken van stabiele onthouding. Dankzij de lange werkingsduur van naltrexon hoeven cliënten het middel slechts drie keer per week te nemen (bijvoorbeeld: maandag 100 mg, woensdag 100 mg, vrijdag 150 mg). Het spreekt vanzelf dat een onderhoudsbehandeling met naltrexon alleen gestart kan worden na of in directe aansluiting op een volledige ontgifting. De beste resultaten zijn tot nu toe bereikt bij de beter opgeleiden, bij cliënten met een zekere vorm van drang (reclassering, dreigend verlies van een baan) en bij inname van de medicatie onder supervisie van de partner of een collega.

Stoppen met het gebruik van illegaal verkregen opiaten via vervanging met een langwerkende opi-

aat-agonist (methadon, LAAM) of partiële opiaat-antagonist (buprenorfine). Bij het voorkómen van terugval in *illegaal* opiaatgebruik wordt gebruik gemaakt van langwerkende opiaat-agonisten en recentelijk ook van partiële opiaat-antagonisten met als doel het volledig bezetten van de opiaat-receptoren, waardoor het gebruik van illegale opiaten geen effect meer heeft. Het klassieke voorbeeld is de onderhoudsbehandeling met methadon in hoogdrempelige programma's. Dat wil zeggen programma's met relatief hoge doseringen methadon en strenge eisen aan de cliënt ten aanzien van de bezoekfrequentie en de deelname aan het psychosociale programma. Deze programma's verminderen de criminaliteit en het aantal doden ten gevolge van een overdosis en verbeteren de algemene gezondheid en het sociale functioneren. De dosering is individueel bepaald: sommige cliënten functioneren goed met minder dan 30 mg methadon per dag, terwijl anderen meer dan 100 mg per dag nodig hebben om maximaal voordeel van de behandeling te behalen. In het algemeen is 40-60 mg methadon per dag echter voldoende voor het onderdrukken van de onthoudingsverschijnselen. Vaak is ten minste 70-80 mg methadon nodig voor het blokkeren van de craving en het voorkómen van illegaal bijgebruik. De verslaafde is echter lang niet altijd bereid deze hoge doseringen te accepteren omdat daarmee de kans op een 'kick' door illegaal bijgebruik is ontnomen. In orale vorm geeft methadon meestal geen roes. De werkingsduur is gemiddeld ongeveer 24 uur en methadon moet daarom dagelijks worden ingenomen. Een alternatief voor dagelijkse inname is LAAM (levo-alfa-acethyl-methadol); een opiaat-agonist met een werkingsduur van gemiddeld 72 uur. LAAM-programma's met 70-100 mg LAAM op maandag, 70-100 mg LAAM op woensdag en 100-140 mg LAAM op vrijdag lijken even effectief als goed gedoseerde methadonprogramma's. De meest recente ontwikkeling is het gebruik van 8-16 mg buprenorfine sublinguaal per dag als onderhoudsbehandeling. Het middel lijkt in voldoende hoge doseringen even effectief als methadon of LAAM en heeft relatief milde en kortdurende onthoudingsverschijnselen na abrupt stoppen van de medicatie. Een bijkomend voordeel is dat buprenorfine de interactie tussen heroïne en cocaïne negatief lijkt te beïnvloeden, waardoor 'speedballing' (heroïne + cocaïne intraveneus*) minder aantrekkelijk wordt.

Stabilisatie

Een aanzienlijk deel van de opiaatverslaafden blijkt echter niet bereid of in staat deel te nemen aan ontgiftings-, onthoudings- of vervangingsprogramma's. In veel gevallen lukt het niet met deze cliënten een stabiele hulpverleningsrelatie op te bouwen. De laatste mogelijkheden voor deze cliënten zijn:

- een lage dosering methadon of LAAM, die onthoudingsverschijnselen voorkomt, maar de mogelijkheid van een 'kick' openhoudt;
- het voorschrijven van roesopiaten (zoals heroïne), dat wil zeggen opiaten die door hun chemische eigenschappen of door de gehanteerde toedieningsvorm kort na inname een meestal kortdurende 'kick' teweeg brengen.

De effectiviteit van deze interventies is nog niet bekend, maar tot nu toe blijken er geen grote risico's te bestaan. Het gebruik van morfine intraveneus en methadon intraveneus lijkt gezien de bijwerkingen en de geringe waardering door de cliënten, minder aangewezen.

Behandeling psychiatrische comorbiditeit

Net als bij alcoholisten dient men ook bij opiaatverslaafden terughoudend te zijn met geneesmiddelen met een hoog verslavingsrisico (benzodiazepinen) of een kans op negatieve interacties met verslavende stoffen (MAO-remmers*). Het staken van opiaten kan bestaande psychiatrische stoornissen verergeren of weer doen opvlammen (depressie, dissociatie, manie, psychose).[4]

Dit artikel wordt vervolgd in het tweede nummer van PSYCHOPRAXIS.

Noten

1 American Psychiatric Association (1995) Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *American journal of psychiatry* 152: (november supplement): 1-59. Deze tekst is ook te raadplegen op het Internet op *www.psych.org/psych/htdocs/clin_res/pg_substance.html;* American Psychiatric Association (1998) *Behandelingsrichtlijnen alcohol, cocaïne en opiaten. Diagnostiek, ziektekenmerken en behandelingspricipes in aansluiting op de DSM-IV.* Lisse: Swets & Zeitlinger; Brink W van den (1996) Effectieve interventies bij alcoholproblemen. In PJ Geerlings ea (red) *Behandelingsstrategieën bij alcoholproblemen.* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

Begrippen en afkortingen

Ademhalingsdepressie: verminderde ademhaling

Benzodiazepinen: middelen tegen angst en slapeloosheid

Bèta-blokker: geneesmiddel, onder andere tegen hoge bloeddruk

Cardiovasculair: met betrekking tot hart en bloedvaten

Cerebellaire ataxie: coördinatiestoornis tussen zenuwstelsel en spieren tengevolge van een aandoening in de kleine hersenen

Comorbiditeit: het gelijktijdig vóórkomen van verschillende psychiatrische stoornissen bij één patiënt

Craving: hunkering naar de verslavende stof

Hepatotoxiciteit: giftige werking op levercellen

Intoxicatie: vergiftiging

Intraveneus: in de ader

MAO-remmer: middel tegen depressie

Onthoudingsverschijnselen: onaangename lichamelijke en/of psychische reacties op het staken van het gebruik van een verslavende stof; ook wel onttrekkings- of ontwenningsverschijnselen genoemd

Onthoudingsdelier: acute verwardheid tengevolge van de ontwenning

Onthoudingsinsult: epileptische aanval ten gevolge van de ontwenning

Opiaten: groep drugs met een dempende werking op de hersenen. Daartoe behoren opium, heroïne, morfine, codeïne en methadon

Perifere neuropathie: aandoening van de zenuwvertakkingen in de ledematen

Polyneuropathie: uitgebreide perifere neuropathie

Sublinguaal: onder de tong

Tardieve diskinesie: laattijdige bewegingsstoornissen door het gebruik van antipsychotica

Tolerantie: gewenning; aanpassing van het lichaam aan herhaald gebruik van een verslavende stof, waardoor steeds meer van deze stof moet worden ingenomen

Tricyclische antidepressiva: oudere ('klassieke') medicijnen tegen depressie

2 Voor een uitvoerige bespreking wordt hier verwezen naar enkele recent verschenen overzichtsartikelen en handboeken: American Psychiatric Association (1995; zie noot 1); Galanter M & Kleber HD (1994) *The American psychiatric press textbook of substance abuse treatment.* Washington: American Psychiatric Press; Lowinson JH ea (1992) *Substance abuse: a comprehensive textbook.* Baltimore: Williams & Wilkins; O'Brien CP (1997) A range of research-based pharmacotherapies for addiction. *Science* 278: 66-70

3 Zie voor de relatie tussen verslavingen en psychiatrische comorbiditeit: Geerlings PJ & Brink W van den (1995) Verslaving en psychiatrische comorbiditeit. In Buisman WR ea (red) *Handboek verslaving.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, B6310: 1-20; Voor de farmacologische behandeling van comorbide persoonlijkheidsstoornissen wordt verwezen naar: Verheul R ea (1997) Personality disorders and substance abuse. In B Rounsaville (red) *Substance abuse and comorbid disorders.* New York: Plenum Press

4 Voor de behandeling van opiaatverslaafden met een comorbide persoonlijkheidsstoornis zie vorige noot.

Farmaca in de behandeling van verslavingen (deel 2)

Trefwoorden:
farmacotherapie,
verslaving, alcohol,
heroïne, cocaïne,
cannabis, intoxicatie,
ontgifting,
terugvalpreventie

Wim van den Brink en Peter Geerlings

Dit is het tweede deel van het artikel over farmaca in de behandeling van verslavingen. Het eerste deel (over de behandeling van verslaving aan alcohol en heroïne) verscheen in het vorige nummer van PSYCHOPRAXIS.

Cocaïne

De farmacotherapie van cocaïneafhankelijkheid staat nog in de kinderschoenen. Op dit moment zijn geen farmaca bekend met een onomstreden effectiviteit. De meeste ervaring is opgedaan met de bestrijding van intoxicaties, het onderdrukken van onthoudingsverschijnselen en het verminderen van craving (hunkering). Het onderstaande overzicht moet daarom met de nodige terughoudendheid worden gehanteerd.

Bestrijding intoxicatie
Cocaïne kan aanleiding geven tot bijna elk denkbaar psychiatrisch syndroom. Bij een acute vergiftiging kan sprake zijn van te hoge bloeddruk, snelle hartwerking (tachycardie) en/of epileptische aanvallen. Het optreden van een hartinfarct tijdens cocaïnegebruik lijkt overigens niet direct samen te hangen met de gebruikte hoeveelheid cocaïne of de toedieningsvorm. Er is voor cocaïne geen tegengif/antagonist bekend en de behandeling van een acute vergiftiging beperkt zich daarom tot symptoombestrijding.

Ontgifting
Ontgifting van cocaïne begint vaak met een zogenaamde 'crash', waarbij gedurende enkele uren tot dagen sprake is van agitatie, somberheid, vermoeidheid die gepaard gaat met slapeloosheid en ten slotte uitputting. Deze fase wordt gevolgd door een periode van 1-10 weken waarin de slaap en de stemming genormaliseerd zijn, terwijl tegelijkertijd sprake is van lusteloosheid, angst en een sterk verlangen naar cocaïne. Bromocriptine (200-300 mg/dag) en amantadine (0,6-2,5 mg/dag) zouden effectieve middelen zijn voor de bestrijding van onthoudingsverschijnselen en bovendien leiden tot een vermindering van craving. Recente studies hebben deze positieve bevindingen echter niet bevestigd.

Kader 1 Cannabis

Cannabis leidt slechts in geringe mate tot craving, terwijl er nauwelijks sprake lijkt van tolerantie tijdens het gebruik of van onthoudingsverschijnselen na het stoppen van het gebruik. Desondanks lijkt een beperkt aantal gebruikers de controle over het gebruik te verliezen en ontstaat er een situatie die heel wel als afhankelijkheid is te typeren. Bovendien zijn er thans specifieke cannabisreceptoren bekend en is een aantal mogelijke endogene cannabinoïden geïsoleerd, waarvan anandamide voorlopig de beste kandidaat lijkt. Als voorlopige afsluiting werd recentelijk een selectieve cannabinoïd-antagonist gesynthetiseerd (SR 141716A). Met uitzondering van incidenteel gebruik van een benzodiazepine bij een cliënt met een angststoornis ten gevolge van (overmatig) cannabisgebruik, spelen farmaca (nog) geen rol bij de behandeling van cliënten met cannabisafhankelijkheid.

Tabel 1: Overzicht: Farmaca in de verschillende fasen van de behandeling van verslavingen en psychiatrische comorbiditeit (voor een overzicht van de merknamen zie deel 1 van dit artikel)

	Alcohol	Heroïne	Cocaïne
Intoxicatie	In ernstige gevallen naloxon of flumazenil	In ernstige gevallen naloxon	Symptoombestrijding
Ontgifting	Benzodiazepinen, Bèta-blokkers of Clonidine, Vitamine B-1, Multi-vitaminenpreparaat	Methadon, buprenorfine clonidine, of naltrexon + clonidine	Bromocriptine (?) amantadine (?)
Terugvalpreventie	Disulfiram, naltrexon, nalmefene of acamprosaat	Naltrexon, methadon, LAAM of buprenorfine	Desipramine, carbamazepine (?)
Stabilisatie	Medicijnen ter voorkoming Van leverfunctiestoornissen	Methadon, LAAM of roesopiaten	Amfetaminen (?) cocaïne (?)
Behandeling psychiatrische comorbiditeit	Geen langdurig gebruik van benzodiazepinen Geen tricyclische antidepressiva Antipsychotica in zo Laag mogelijke doses	Geen landurig gebruik van benzodiazepinen Geen middelen als MAO-remmers	Bij een bipolaire stoornis lithium Bij depressie desipramine bij ADHD methylfenidaat Of bromocriptine

(?) De werkzaamheid van dit middel is bij deze vorm van verslaving nog onvoldoende aangetoond.

Terugvalpreventie

Ook hier was aanvankelijk sprake van positieve resultaten en hoge verwachtingen. Zo zouden bepaalde tricyclische antidepressiva (desipramine) en carbamazepine leiden tot een vermindering van craving en dus tot een verkleining van de kans op terugval. Bij nader onderzoek lijken beide middelen over het algemeen niet effectiever te zijn dan een placebo. De resultaten van het onderzoek naar andere middelen (onder andere buprenorfine, fluoxetine, flupentixol, bupropion, maprotiline, mazindol en de combinatie L-dopa/carbidopa) zijn opnieuw veelbelovend, maar goed onderzoek ontbreekt nog.

Stabilisatie

Er is op kleine schaal geëxperimenteerd met amfetaminen en cocaïne voor verslaafden die niet of onvoldoende reageerden op bestaande interventies. Een goede beoordeling van de effectiviteit van deze experimenten is nog niet mogelijk.

Behandeling psychiatrische comorbiditeit

Cocaïneverslaafden met een manisch-depressieve stoornis dienen bij voorkeur behandeld te worden met lithium, cocaïneverslaafden met een depressie (in de familie-anamnese) bij voorkeur met desipramine en cocaïneverslaafden met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) bij voorkeur met methylfenidaat of met bromocriptine.

DE FARMACOTHERAPIE VAN COCAÏNEAFHANKELIJKHEID STAAT NOG IN DE KINDERSCHOENEN. OP DIT MOMENT ZIJN GEEN FARMACA BEKEND MET EEN ONOMSTREDEN EFFECTIVITEIT.

Het belang van psychosociale begeleiding

In dit artikel is een kort overzicht gepresenteerd van de farmacotherapeutische mogelijkheden bij verslaving. Van sommige middelen staat intussen vast dat ze bijdragen aan de beëindiging van het verslavingsgedrag (acamprosaat bij alcoholafhankelijkheid) of aan de verbetering van het functioneren van de verslaafde (methadon en LAAM bij opiaatafhankelijkheid). Bij geen van deze middelen is echter sprake van een 'wonderpil', die alle problemen oplost. Farmacotherapie dient daarom zoveel mogelijk gecombineerd te worden met counseling en psychosociale ondersteuning. Waar mogelijk worden ook partners en vrienden bij de behandeling betrokken. Daarbij moet men rekening houden met de fase waarin de cliënt verkeert, de doelen die met de cliënt zijn overeengekomen en de mogelijkheden en beperkingen van zowel cliënt als hulpverlener.

In de meeste farmacotherapeutische studies is helaas geen of onvoldoende aandacht voor het vergroten en stabiliseren van de motivatie voor behandeling, het voorkómen van drop-out of het verhogen van de therapietrouw. Uit onderzoek naar de effectiviteit van korte interventies met motiverende gespreksvoering blijkt bijvoorbeeld dat cliënten door een dergelijke interventie beter gemotiveerd raken voor behandeling, langer in behandeling blijven en een beter behandelresultaat hebben. Onderzoek naar de effectiviteit van disulfiram heeft duidelijk gemaakt dat controle op de inname van de medicatie door de partner, een vriend of een behandelaar, een gunstig effect heeft op de therapietrouw en het uiteindelijke succes van de interventie. Daarnaast blijken psychosociale interventies grote invloed te hebben op het effect van naltrexon bij de behandeling van alcoholisten. Een juiste fasering is daarbij van essentieel belang: een te vroeg ingezette interventie, gericht op het voorkómen van terugval, kan juist terugval legitimeren of zelfs uitlokken. Daarentegen kan het onthouden van terugvalpreventie na de eerste aanwijzingen voor een dreigende recidive echter tot een onnodig negatief resultaat leiden. In de meeste gevallen volstaan korte, motiverende interventies door huisarts, eerstelijns psycholoog of maatschappelijk werker, gevolgd door een goede monitoring van het beloop ('watchful waiting') en indien noodzakelijk verwijzing naar de verslavingszorg.

Voorlichting en zelfhulp

De *Drugs Informatielijn* van het *Trimbos-instituut* (tel. 0900-1995) is 24 uur per dag bereikbaar en biedt op werkdagen van 13.00 tot 21.00 uur de mogelijkheid tot een persoonlijk gesprek. Ook zijn er diverse folders en brochures te bestellen. Het *Trimbos-instituut* publiceert verder jaarlijks een overzicht van voorlichtingsmateriaal over alcohol en drugs. Deze *Inventarisatie Voorlichtingsmateriaal Alcohol en Drugs* verwijst niet alleen naar materiaal in gedrukte vorm, maar ook naar audio-, audio-visueel en multimediaal materiaal. Dit overzicht is te bestellen voor f. 10,- bij het *Trimbos-instituut*, tel. 030-2971184.

Landelijke Stichting Ouders van Druggebruikers (LSOVD), Rozenhoflaan 38, 7201 AW Zutphen (0575-516663). De LSOVD organiseert en begeleidt plaatselijke gespreks- en werkgroepen voor ouders en partners van (ex-)drugsverslaafden. Ook onderhoudt zij een telefonische hulpdienst (0900-5152244; 35 cpm) en geeft zij verschillende folders en brochures uit.

Anonieme Alcoholisten Nederland (AA), Postbus 2633, 3000 CP Rotterdam (tel. 010-2430175/020-6817431; 24-uurs hulplijn). Deze vereniging biedt hulp aan mensen die een probleem hebben met alcohol; organiseert werk- en praatgroepen en geeft voorlichtingsmateriaal en een maandelijkse periodiek uit.

Al-Anon Familiegroepen, Postbus 3007, 2800 CC Gouda (0523-267266/0481-350685/078-6916023; 24-uurs hulplijn). Dit is een organisatie van familieleden van alcoholverslaafden. Ze organiseert zelfhulpgroepen voor partners en andere volwassenen die met alcoholisten te maken hebben en geeft folders en brochures uit.

Alateen/Al-Anon ACA, Postbus 10368, 1001 EJ Amsterdam (tel. 0346-564541; 24-uurs hulplijn). *Alateen* organiseert zelfhulpgroepen voor tieners en *Al-Anon ACA* voor volwassen kinderen van alcoholisten. De organisatie is onderdeel van de *Al-Anon Familiegroepen* en geeft verschillende brochures en folders uit.

De Alcohol Infolijn, NIGZ, Postbus 500, 3440 AM Woerden, tel. 0900-5002021. Deze telefonische hulpdienst is 24 uur per dag bereikbaar via Voice Response System en van 9.00 tot 17.00 uur voor een persoonlijk gesprek met een medewerker.

Informatie op het Internet

Informatie over verslavingen biedt de *Drugsinformatielijn* van het *Trimbos-instituut*: *www.trimbos.nl* en de *Psychowijzer* van het NFGV: *www.nfgv.nl*. Zie daarvoor ook de site van de *Vlaamse Vereniging voor Alcohol – en andere Drugproblemen (VAD)*: *www.vad.be*. De *Anonieme Alcoholisten Nederland* zijn te bereiken op *www.xs4all.nl/~aaned*. De *Landelijke Stichting Ouders van Druggebruikers (LSOVD)* op *www.lsovd.non-profit.nl*. Voor informatie over drugs voor ouders en opvoeders zie ook: *users.skynet.be/sky93225/index.html*.

Behandeling van problematisch middelengebruik
Uit: Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening, Roose N., De Donder E., De Maeseneire I., e.a., Kluwer, 2002, pag 122-128: Het hulpverleningslandschap

7.6. Het hulpverleningslandschap

Inspelend op de kenmerken van problematisch middelengebruik, de ontwikkelde behandelingsmodellen, de vereisten van het zorgaanbod en het verloop van specifieke behandelingen, zijn er in Vlaanderen in de loop van de tijd diverse werksoorten tot stand gekomen om specifieke hulp te verstrekken aan mensen met problematisch middelengebruik. In een bondig overzicht overlopen we de momenteel in Vlaanderen bestaande settings, met vermelding van de doelgroep en de belangrijkste doelstellingen. Aanvullend geven we enkele cijfers uit de Vlaamse Registratie Middelengebruik (Vandenbussche, 1999).
Cliënten met problematisch middelengebruik worden zowel opgevangen en/of begeleid door gespecialiseerde (categorale) als door niet-gespecialiseerde hulpverleningsdiensten.

Een zeer uiteenlopend gamma van hulpverleningsdiensten komt in aanraking met mensen die problemen ervaren met middelengebruik. Het probleemgebruik kan ter sprake of tot uiting komen en besproken worden bij de huisarts, een OCMW-medewerker of in centra voor algemeen welzijnswerk. Maar ook op spoedopnamediensten, psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) of opnameafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen dient deze problematiek zich aan.
Inspelend op de kenmerken van problematisch middelengebruik, de ontwikkelde behandelingsmodellen, de vereisten van het zorgaanbod en het verloop van specifieke behandelingen, zijn er in Vlaanderen in de loop van de tijd, naast deze *algemene* hulpverleningsvoorzieningen, diverse werksoorten tot stand gekomen die specifieke hulp verstrekken aan mensen met problematisch middelengebruik. In een bondig overzicht overlopen we de momenteel in Vlaanderen bestaande *gespecialiseerde* hulpverleningssettings, met vermelding van de doelgroep en de belangrijkste doelstellingen. Ter afsluiting geven we enkele cijfers uit de Vlaamse Registratie Middelengebruik (Vandenbussche, 1999).
De erkenning en financiering van de voorzieningen in de verslavingszorg is versnipperd over de federale en de Vlaamse overheid. De federale overheid tekende in 2001 een globale beleidsnota voor drugs uit (Ministerie van Volksgezondheid, 2001), waarmee onder andere de afstemming tussen de diverse overheden in België wordt beoogd. Een drugprobleem (alcohol, psychoactieve medicatie, illegale drugs) wordt er voor het eerst als een gezondheidsprobleem benoemd. Thema's en doelgroepen die door deze federale nota een welkome impuls krijgen, zijn onder andere de organisatie van het zorgaanbod (zorgcircuits, zorgcoördinatoren), casemanagement, de zorg voor dubbelediagnosecliënten, spoed- en crisisopvang, nazorg en substitutiebehandeling.

Concreet verloopt het professionele zorgaanbod in drie lijnen of echelons: van eerste lijn via ambulante hulpverlening naar intramurale zorg en behandeling.
Het continuüm van zorg bestaat uit de nu volgende werksoorten, gerangschikt van laag- naar hoogdrempeligheid (VAD, 2001).

7.6.1. Nuldelijnshulpverlening

– Zelfhulpgroepen
Zelfhulpgroepen zijn meestal rond problemen met een bepaald product georganiseerd (alcohol, psychofarmaca of illegale drugs) en bestaan ook specifiek voor ouders, partners of kinderen.
Zelfhulpgroepen vormen een belangrijke groep in de 'nulde' lijn of 'mantelzorg' en worden door de professionele hulpverlening als ondersteuning gehanteerd tijdens en/of na een behandeling.

7.6.2. *Eerstelijnshulpverlening*

– Straathoekwerk
Het straathoekwerk is een methodiek die zich ook specifiek, maar niet exclusief, richt naar druggebruikers. Straathoekwerkers zoeken druggebruikers in hun eigen milieu op (op straat, in het café, thuis, ...) en zijn daar beschikbaar voor hulp en advies. Dit is de meest laagdrempelige vorm van hulpverlening waarbij een groep bereikt wordt waarvan we kunnen veronderstellen dat ze anders niet zo vlug met de hulpverlening in aanraking zou komen. Het grote voordeel is dat alle drempels wegvallen. De doelgroep hoeft zich niet aan te passen aan de wetten en geplogenheden van een bepaald centrum (openings- en sluitingsuur, huishoudelijk reglement, enz.). De 'gasten' kunnen op hun eigen tempo en in hun eigen omgeving begeleid worden, terwijl het aan de straathoekwerker is om zich voor een groot stuk in te leven in hun subcultuur en op hun niveau met hen te communiceren en om te gaan. Een straathoekwerker is vaak gekoppeld aan een dagcentrum en probeert de druggebruiker te motiveren voor verdere hulpverlening.

– Medisch-sociale opvangcentra
MSOC's zijn laagdrempelige, categorale zorgvoorzieningen die niet alleen tot doel hebben de sociale, psychologische en gezondheidsrisico's door het druggebruik bij hun cliënten te verminderen, maar ook het risico voor de omgeving om geconfronteerd te worden met druggerelateerde criminaliteit. De doelgroep bestaat uitsluitend uit problematische illegale druggebruikers. Vanuit het *harm reduction*-model (risicobeperking) maken substitutiebehandelingen (b.v. methadon), naast medische en sociale begeleiding, een groot deel uit van de dagelijkse werking. Sinds kort coördineren deze centra heel het actieveld rond spuitenruil.

– Centra voor ambulante drugzorg – Dagcentra voor illegale druggebruikers
Deze laagdrempelige categoriale voorzieningen richten zich op een zeer brede doelgroep van mensen met een drugprobleem (experimenteel gebruik tot afhankelijkheid) en tot hun naaste omgeving.
De ondersteuning kan individueel of in groep gebeuren en situeert zich vooral op psychosociaal, administratief en juridisch vlak. Totale abstinentie is geen absolute must, maar de cliënten mogen tijdens de activiteiten niet onder invloed zijn. Substitutiebehandelingen (methadon) zijn mogelijk. In de dagcentra ligt de nadruk vooral op een begeleiding naar een gezonde dagstructuur. Deelname aan het groepsprogramma wordt gestimuleerd, maar is nog tamelijk vrijblijvend.

– Crisisinterventiecentra
CIC's zijn categorale hulpverleningscentra die zich bezighouden met crisisopvang, fysieke ontwenning en motivatie voor verdere abstinentie. Zij zorgen

voor een verdere oriëntatie naar het meest geschikte vervolgprogramma. De CIC's die uit de therapeutische gemeenschappen gegroeid zijn, hebben meestal illegaledruggebruikers als doelgroep.

– Andere residentiële eerstelijnsvoorzieningen
Bij de residentiële opnames in ziekenhuizen en CIC's staat een medische behandeling en/of een psychosociale begeleiding voorop. Daarnaast bestaat er ook een eerstelijnsvoorziening met voornamelijk een shelterfunctie.

– Thuislozenwerking
Enkele laagdrempelige niet-categorale woonvoorzieningen vangen thuislozen en/of kansarmen met een problematisch middelengebruik op en begeleiden hen op een niet-gedwongen manier. De thuislozencentra werken nauw samen met andere ambulante diensten.

7.6.3. Tweedelijnshulpverlening

– Centra voor geestelijke gezondheidszorg
De mate van specialisatie in begeleiding en behandeling van problematisch middelengebruik verschilt onderling sterk tussen de diverse CGG's in Vlaanderen. Enkele centra leggen zich al vele jaren volledig toe op de alcohol-, medicatie-, illegale drug- en/of gokproblematiek. De meeste centra zijn echter niet gespecialiseerd, alhoewel ze deze cliënten wel begeleiden. De laatste jaren is hierin wel een evolutie merkbaar. Door de fusiegolf in deze sector (reorganisatie van 81 onafhankelijke centra naar 21 fusiecentra) beschikken de meeste van de fusiecentra nu over een duidelijk afgebakend afhankelijkheidsteam. De behandelingsfinaliteit in alle CGG's is het herstel van de gedeeltelijke en/of totale geestelijke gezondheid, inclusief het middelengebruik. Totale abstinentie of op zijn minst het verminderen van het gebruik van één van de middelen is het einddoel van deze begeleidingen. Het aanbod van therapeutische mogelijkheden is erg gedifferentieerd. Er kunnen zowel individuele als relatie-, gezins- en groepstherapieën worden verstrekt. De consultatiefrequentie kan variëren van wekelijks tot maandelijks naargelang van de evolutie van de behandeling en de noden van de cliënt.

– Dagkliniek – dagbehandeling – daghospitalisatie
Binnen de psychiatrische ziekenhuizen bestaan er afdelingen voor ambulante (na)zorg. Sommige van deze diensten zijn specifiek gericht op mensen met een alcohol-, medicatie- of illegaal drugprobleem. De doelgroep bestaat vooral uit patiënten die al een (lange) opname in een ontwenningsafdeling achter de rug hebben, maar die nog een vrij intensieve ondersteuning en behandeling nodig hebben als de veiligheid van de ziekenhuismuren wegvalt. Dagbehandelingen zijn meestal georiënteerd op hervalpreventie en psychosociale begeleiding en er wordt ook veel aandacht besteed aan de so-

ciale en maatschappelijke omkadering van de patiënt. Net zoals in een ontwenningsafdeling wordt meestal naar volledig abstinentie gestreefd.

7.6.4. Derdelijnshulpverlening

– Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
PAAZ-diensten bieden vooral crisisopvang, detoxicatie en behandeling van acute psychiatrische complicaties ten gevolge van middelenmisbruik. De klemtoon ligt op observatie en diagnosestelling, maar daarnaast tracht men de patiënt te motiveren voor verdere behandeling. Doorverwijzingen gebeuren meestal vanuit de spoeddienst van het eigen ziekenhuis, via huisartsen of door hulpverleners uit de lagere echelons. Een opname op een PAAZ is meestal kortdurend.

– Ontwenningsafdeling van psychiatrische ziekenhuizen
De meeste psychiatrische ziekenhuizen beschikken over een specifieke afdeling voor verslavingsproblematiek. Vanuit hun traditie hebben ze het meest ervaring met de alcohol- en medicatieproblematiek, maar de laatste jaren doet men in deze sector in toenemende mate expertise op in de behandeling van illegale druggebruikers. De zorg situeert zich vooral in een medisch-psychiatrisch denkkader. Meestal wordt gestreefd naar volledige abstinentie, wat overigens ook een voorwaarde is tijdens de behandeling.

– Beschut wonen
In de psychiatrische zorg in brede zin zijn er enkele beschutte woonprojecten die specifiek voor patiënten met een verslavingsproblematiek zijn uitgebouwd. Deze woonvoorzieningen dienen om de patiënt na langdurige opname in een ontwenningsafdeling terug te reïntegreren in de maatschappij. De klemtoon ligt op sociale en woonbegeleiding. Daarnaast vormt hervalpreventie een belangrijk thema. In vergelijking met wat gebeurt bij psychiatrische opname is de psychotherapeutische begeleiding hier minimaal. Volledige abstinentie wordt vaak als voorwaarde gesteld.

– Therapeutische gemeenschappen
TG's zijn meer pedagogisch-herstructurerend en groepsdynamisch georiënteerd en richten zich vooral op illegaledruggebruikers. Deze settings vertrekken vanuit de optimale doelstelling druggebruikers te ontwennen en drugvrij te reïntegreren in de maatschappij. Het programma is langdurig. Een therapeutische gemeenschap is een categoriale voorziening en het team is multidisciplinair samengesteld.
Naast aparte units voor crisisopvang en detox (zie CIC's) zijn er ook settings met een kortdurend therapeutisch programma (KTP). De reïntegratiefase vindt vaak plaats in een aparte woonsituatie (ook wel 'tussenhuizen' genoemd).

Tot slot vermelden we enkele cijfers uit de Vlaamse Registratie Middelengebruik (Vandenbussche, 1999), die een beeld geven van het aantal cliënten met problematisch middelengebruik dat in de Vlaamse hulpverlening terechtkwam, van de doorverwijzers en van het profiel van de cliënt. Aan deze registratie participeerde één derde van de psychiatrische afdelingen in een algemeen ziekenhuis (35,5%), de helft van de psychiatrische ziekenhuizen (52,5%), 60% van alle projecten straathoekwerk (dit zijn alle projecten die zich duidelijk op drugproblematieken richten), bijna alle centra voor geestelijke gezondheidszorg (98,8%) en alle therapeutische gemeenschappen, kortdurend therapeutische programma's, crisisinterventiecentra, dagcentra en medisch-sociale opvangcentra (100%).

(1) *Aantal hulpvragers in behandeling*
De hulpverleningsinstanties die in 1999 deelnamen aan de Vlaamse Registratie Middelengebruik (Vandenbussche, 2000), registreerden in totaal *15.436 personen* die met hen in contact kwamen omwille van problematisch middelengebruik en die een behandeling gestart zijn.
Eén vierde van deze cliëntengroep werd behandeld in een CGG (29,2%), één vierde in een PAAZ (24,7%), één vijfde in een psychiatrisch ziekenhuis (21,7%) en een even grote groep (20,5%) was verspreid over respectievelijk een dagcentrum voor illegaledruggebruikers (DC; 7%), MSOC (6,2%), CIC (5,8%) of TG (1,5%). Een klein aantal onder hen had contact met een straathoekwerker (4,5%).

(2) *Doorverwijzers*
De meeste geregistreerde cliënten met problematisch gebruik van alcohol, illegale drugs of medicatie werden doorverwezen door één of andere hulpverleningsinstantie (27,6%). Meer dan één vierde van de cliënten met problematisch middelengebruik had zelf contact genomen met één van de acht werksoorten. 14,2% van de geregistreerde cliënten werd verwezen door justitie. De gegevens per werksoort zijn verschillend.

(3) *Voornaamste product*
Uit de resultaten blijkt dat alcohol in twee vijfde van de gevallen als voornaamste product werd geregistreerd. De vier meest geregistreerde hoofdcategorieën bij personen met alcohol-, illegaledrug- of medicatieproblemen waren alcohol (43,2%), stimulantia (16,1%), cannabis (15,7%) en opiaten (15,3%). Twee vijfde van de geregistreerde cliënten met problematisch middelengebruik gebruikte verschillende middelen. De meest geregistreerde combinatie van middelengebruik was die van stimulantia met cannabis. Daarnaast werd vooral de combinatie opiaten met stimulantia geregistreerd.

(4) *Geslacht*
De groep van geregistreerde cliënten bestond hoofdzakelijk uit mannen (71,6%). Het aandeel van de vrouwen was het grootst in de psychiatrische ziekenhuizen in vergelijking met de andere werksoorten (41,2%).

(5) *Leeftijd*
De gemiddelde leeftijd van de geregistreerde personen over de verschillende werksoorten gezien, was 34 jaar. De gemiddelde leeftijd was het laagst in de TG (22 jaar) en het hoogst in een psychiatrisch ziekenhuis (42 jaar). De meeste personen met problematisch middelengebruik die in behandeling zijn, bevinden zich in de leeftijdscategorie van 20 tot 24 jaar. De minderjarigen komen vooral voor in TG, CIC, DC en de CGG.

Leven met een verslaafde
Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 73

3.2.1. Invloed van gezinsfactoren op het ontstaan van verslaving

In onze Westerse cultuur worden vaak de ouders, en vooral de moeder met de vinger gewezen als iets misgaat met een kind. De ideeën van Freud en zijn volgelingen, waarin het kerngezin model stond en de moeder geacht werd zich volledig aan haar gezin te wijden, en waarbij een mens als gevormd beschouwd werd vóór zijn vierde levensjaar, hebben hierin een belangrijke rol gespeeld.

Tot half de jaren zestig werd bij onderzoek naar de gezinsachtergrond van verslavingsproblemen de nadruk gelegd op de zwakke vader-zoon relatie en de overbeschermende, controlerende en toegeeflijke houding van de moeder. Ondertussen heeft de systeemtheorie erop gewezen dat er interacties zijn tussen mensen, en geen éénrichtingsinvloed van ouders alleen. Bovendien blijkt dat wanneer jongeren gaan experimenteren met allerlei gedrag, de invloed van de *peer-group* van doorslaggevend belang is, zeker wat bvb. het eerste gebruik van cannabis betreft. Hierop lijken ouders weinig invloed te kunnen uitoefenen.

Ouderlijke factoren blijken een veel grotere rol te spelen bij de overgang naar het gebruik van andere illegale drugs, zoals heroïne. Jongeren die opgroeien in een gezin met veel geweld, of weinig belangstelling ondervinden van hun ouders lopen hier meer risico.

Drugverslaafde jongeren hebben dikwijls ouders die zelf verslaafd zijn aan alcohol of geneesmiddelen.

Het spreekt vanzelf dat kinderen die reeds op één of andere manier kwetsbaarder zijn, ook meer kans lopen om tot middelenmisbruik te komen. Dit kunnen jongeren zijn met een traumatische voorgeschiedenis: lichamelijk, psychisch en/of seksueel geweld, uithuisplaatsing in een instelling of pleeggezin, psychiatrische opname van één van de ouders, gevangenisstraf of justitiële contacten van de gezinsleden. Ook aangeboren stoornissen, zoals bij hyperkinetische kinderen, kinderen met een hoog angstniveau of met een autistiforme stoornis, verhogen het risico om in een verslavingsprobleem te belanden.

Depressieve jongeren vooral wanneer zij een verhoogd impulsief reactiepatroon vertonen, komen gemakkelijker tot misbruik van alcohol en andere drugs.

Al is de invloed van ouders op hun kinderen onmiskenbaar groot, dat betekent nog niet dat al wat misloopt hun schuld is. Er kan veel misgaan met kinderen, ook al hebben ze de beste ouders van de wereld. Maar ook omgekeerd. Uit onderzoek (Werner, 1989) bleek dat van de kinderen die een slechte start hadden in het leven door ongewenstheid, armoede, agressie of stoornissen van de ouders op psychiatrisch vlak of op gebied van alcoholmisbruik, er toch een derde als jong volwassene prima functioneerde. Ze waren sterk, zelfbewust en in staat tot warme relaties met anderen. Deze kinderen waren blijkbaar in staat geweest hun veiligheid, affectie en rolmodellen bij anderen te vinden dan bij hun ouders.

Anderzijds beschermen goede ouders en een goede opvoeding maar in beperkte mate tegen het ontwikkelen van ernstige problemen.

Gezinnen onder invloed, invloedrijke gezinnen.
Een programma voor gezinnen met alcoholproblemen, ontwikkeld door de afdeling voor afhankelijkheidsstoornissen 'ter Dennen' van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen. Draaiboek voor hulpverleners, VAD, 2002, pag 30

'G + G = G + G'-MODEL

Doel

- De kinderen leren hun aandacht te richten op hun cognities en op emotionele en gedragsmatige effecten ervan. Zo leren ze onware, overdreven, irrationele gedachten en hun hinderlijke gevolgen herkennen.
- Leren zien dat niet de gebeurtenis of de externe situatie op zich belangrijk is, maar wel wat het kind erover denkt.
- Kinderen verband leren zien tussen de vier G's: hoe je denkt over een gebeurtenis, bepaalt wat je voelt en wat je doet.
- Verschillende gevoelens leren benoemen.
- Leren niet-helpende cognities te veranderen in helpende, juiste of rationele gedachten. Kinderen leren zo dat stemmingen (angst, verdriet, woede, schuld) niet uit de lucht komen vallen zonder dat je daar enige controle over hebt, maar dat je de manier waarop je je voelt kunt veranderen door wat je denkt.

Materiaal

- een bord en krijt
- 'G+G=G+G'-schema (zie werkboekjes)

Hoe

- 'G+G=G+G'-schema op het bord schrijven en verklaren.
- Beginnen bij de derde G: de gevoelens. Kinderen verschillende gevoelens laten benoemen en ze in twee kolommen op het bord schrijven (positieve en negatieve gevoelens). Aan de kinderen vragen waarom ze in twee kolommen staan en er dan een + en een – boven schrijven.
- Dan het verband tussen gevoelens en gedachten uitleggen: als we aan iets leuks denken (met vriend(in) iets leuks doen), voelen we een fijn gevoel; denken we aan iets vervelends (een moeilijke toets), dan volgt er een vervelend gevoel. Het beste is de kinderen zelf voorbeelden te laten zoeken.
- Vervolgens het verband gebeurtenis → gedachte verklaren aan de hand van de voorbeelden hierboven.
- Uitleggen dat mensen over eenzelfde gebeurtenis heel verschillende gedachten kunnen hebben. Samen met de kinderen hier voorbeelden van zoeken.
- Ten slotte het verband gevoel → gedrag verklaren, ook aan de hand van voorbeelden die kinderen eerder gegeven hebben.

Praktijkervaring

Het uitleggen van dit model verloopt meestal vlot, zowel bij de juniors als bij de tieners. Het is belangrijk om aan de slag te gaan met de voorbeelden die de kinderen zelf geven. De alcoholproblemen van de ouder(s) komen meestal aan bod.

Doelgroep

Juniors en tieners.

Verslaafd aan de verslaafde?
Den Bakker J.K, 1997, pag 64-69

6. MENSEN OM DE VERSLAAFDE HEEN

In het begin hebben we het verzwegen. Je schaamt je toch. Nu weten ze het allemaal in de familie. Maar we praten er niet over. De familie zie je meestal op verjaardagen en dan praat je niet over problemen.

Tot nu toe hebben we ons gericht op de drinker, de gokker, de verslaafde, de ander. Het is tijd om de blik 180 graden om te draaien en naar de omgeving van de verslaafde te kijken.

Elke persoon in de omgeving staat in een andere relatie tot de verslaafde. Ouders van een drugverslaafd kind hebben een andere relatie tot de verslaafde dan de partner van een alcoholist. Broers en zusters staan in een andere verhouding tot de verslaafde dan een goede vriend. Deze verschillen hebben gevolgen voor de manier waarop men met de verslaafde omgaat en de mate waarin men zich door het gedrag van hem of haar laat beïnvloeden. Alle mensen in de omgeving hebben gemeen dat ze met het onhoudbare gedrag van een verslaafde te maken hebben. Voor allen geldt dat hun leven moeilijker en pijnlijker wordt door de verslaafde.

De ontdekking

De andere gezinsleden merken dat één hunner een probleem heeft met alcohol, drugs of gokken. Die ontdekking is bij illegale drugs vaak plotseling.

Toen er voor de tweede keer geld uit mijn portemonnee was verdwenen riep ik mijn drie zoons bij elkaar en vroeg hoe dat kon. Toen zei de jongste: 'Ik heb het gedaan ik ben verslaafd.' Dat kwam als een bliksemslag bij heldere hemel.

Bij alcohol, waarvan gebruik geaccepteerd is, komt men er meestal geleidelijk achter:

Hij dronk altijd al veel. Toen ik hem leerde kennen al. Dat is ruim 25 jaar geleden. Langzamerhand begon het steeds gekker te worden. Het gevoel bekroop me dat er iets niet goed was, maar ik wilde er nog niet aan. Het heeft een hele tijd geduurd voordat ik eindelijk inzag dat alcohol het probleem was.

Ontkenning

Net zoals de verslaafde zijn of haar verslaving ontkent, ontkennen vaak de andere gezinsleden het probleem. Schaamte, vernedering, frustratie zijn debet aan de ontkenning. Door de kop in het zand te steken kan de illusie hoog gehouden worden dat het gezin normaal is, net als andere gezinnen.
Zijn de mensen in de omgeving van de verslaafde nog in het stadium van ontkenning dan voelen ze dat er iets mis is. Maar ze willen er nog niet aan. Als bijvoorbeeld een nog ontkennende echtgenote van een zware drinker praat over het alcoholgebruik van haar man dan doet ze dat veelal met vage toespelingen. Ze praat met mensen die ze vertrouwt, met familieleden of goede vrienden. Voorzichtig tast ze af of deze mensen een probleem zien.
Vaak, na een crisis, kan de verslaving niet langer ontkend worden. De omgeving van de verslaafde heeft al flink geleden onder zijn of haar moeilijke gedrag. Ze zijn boos op de verslaafde omdat het leven door hem of haar zo pijnlijk is geworden. Ze zijn nijdig op de maatschappij en politici die er te weinig aan gedaan hebben om drugs, gokken en alcohol uit te bannen. Ze zijn kwaad op hulpverleners die er niets aan lijken te doen. Achter die boosheid verbergen ze hun gevoelens van schuld, onmacht en vernedering.

De eerste poging

Op een gegeven moment zijn de mensen in de omgeving

van de verslaafde het probleem zat en gaan onderhandelen met de verslaafde, denkend dat ze zo het gedrag kunnen veranderen. Ze geloven dat ze de verslaafde kunnen laten stoppen als ze het goed aanpakken. Dit leidt slechts tot frustratie, want er is heel wat meer voor nodig om een verslaving te stoppen dan een onderhandelingsresultaat.

Wij zullen alle schulden betalen. Maar dan moet jij beloven dat je nooit meer een gokkast aanraakt.

In hoofdstuk twee zagen we dat verslaving een vicieuze cirkel is waar de verslaafde zich alleen van los kan vechten als hij of zij zelf gemotiveerd is. Anderen kunnen die motivatie niet beïnvloeden. Toch probeert de omgeving van alles te doen om het absurde en onhoudbare gedrag van de verslaafde te veranderen. Het resultaat is dat ze hun normen en waarden verleggen.

Het ergste vind ik dat er geen normen en waarden meer zijn. Respect voor mijn en dijn is weg. Daar ben ik veel te ver in meegegaan. Ik ben gewoon een aardig mens, maar ik heb dingen voor mijn verslaafde zoon gedaan waar ik vroeger niet over geprakkizeerd zou hebben.

De mensen in de omgeving van de verslaafde schamen zich voor het feit dat een van hen verslaafd is en voor het onaangepaste gedrag van de verslaafde. Dit kan ertoe leiden dat ze het probleem proberen te verbergen voor buren, vrienden en familie. Ze nodigen niemand meer uit omdat ze bang zijn dat de verslaafde zich misdraagt. Daardoor slinken de contacten met de buitenwereld. Het gevolg hiervan kan zijn dat ze in een isolement terechtkomen.

Ga je gang...

Een verslaafde kan doorgaan met drinken, gokken of druggebruiken als de mensen uit zijn of haar omgeving dat mogelijk maken. We noemen die mensen in het Engels 'enablers'. In het Nederlands kunnen we dit vertalen met: gelegenheidsgevers. Ze stellen de verslaafde in de gelegenheid om de gewoonte voort te zetten.

In die tijd was ik elke dag dronken. Ik dronk voor, tijdens en na mijn werk. Mijn vrouw bleef mij ondanks alles steunen. Ze vond dat het haar taak was om haar man bij te staan. Ik was een koorddanser. Nam grote risico's, gedroeg me volstrekt onverantwoordelijk. Ik wist toch dat zij me op zou vangen als ik viel. Daardoor kon ik gewoon doorgaan met zuipen.

De mensen in de omgeving van de verslaafde geven hem of haar de mogelijkheid om door te drinken, gokken, slikken of roken op verschillende manieren.

Allereerst schermen de gelegenheidsgevers verslaafden af van de gevolgen van hun gedrag. De vrouw van een stevige drinker belt de werkgever op met de mededeling dat haar man griep heeft, terwijl hij in werkelijkheid zijn roes aan het uitslapen is. Zij doet dit om ontslag te voorkomen. De ouders van een gokker betalen de schulden van hun zoon zodat deze niet in problemen komt met justitie. Omdat de pijnlijke gevolgen van verslaving niet gevoeld worden door de verslaafden gaan ze langer door.

Gelegenheidsgevers nemen verantwoordelijkheden van de verslaafde over. Ze doen taken die de verslaafde behoort te doen. De man van een alcoholiste maakt haar wakker en zet het ontbijt klaar zodat ze op tijd naar haar werk kan. De vrouw van een drugverslaafde voedt de kinderen alleen op, runt alle zaken in het huishouden en zorgt voor inkomen, terwijl de druggebruiker geen taken meer heeft.

Soms praten gelegenheidsgevers de zaak goed. Ze zeggen te geloven dat de verslaafde eigenlijk gelukkiger, opener, wijzer is door het drinken, gokken of druggebruik. Of ze verzinnen goede redenen voor de verslaving. Of ze houden vol dat de verslaving redelijk onschadelijk is.

– Hij drinkt veel, maar hij kan er goed tegen. Dus ik vind het niet zo erg.
– Ze rookt meer dan een pakje per dag en blowt bijna elke avond, maar daardoor is ze een gelukkiger mens. Als ze dat niet zou doen, zou ze dat pleziertje ook nog moeten missen. Ze heeft al zo weinig.

Gelegenheidsgevers werken zelfs wel eens direct mee aan het instandhouden van de verslaving. Ze geven geld om drugs of drank te kopen of om te gokken. Of ze kopen zelfs de heroïne of de jenever voor de verslaafde.
Het uiten van loze dreigementen aan het adres van de verslaafde is ook een vorm van gelegenheid geven. De mensen rondom verslaafden kunnen proberen om het gedrag van de verslaafde de baas te worden door te dreigen met straffen. Maar die straffen worden nooit uitgevoerd. Bijvoorbeeld, een vrouw van een alcoholist dreigt hem niet meer binnen te laten als hij doorgaat met drinken. Wanneer de drinker met mooie praatjes of met dreiging met geweld na een drankorgie toch weer binnen wordt gelaten, heeft de verslaafde de machtsstrijd weer gewonnen. Hij weet dat zijn drinkgedrag geen ernstige consequenties heeft en dat hij ermee kan doorgaan. Zijn vrouw voelt zich steeds machtelozer.
Ook het maken van overeenkomsten behoort tot de middelen die gelegenheidsgevers gebruiken om weer controle te krijgen over de verslaafde. Bijvoorbeeld. De ouders van een drugverslaafde dochter maken een overeenkomst met haar. Zij zullen al haar schulden betalen als de dochter naar een afkickkliniek gaat. De kliniek wordt na een week weer verlaten en het begint weer van voren af aan. Deals zijn gunstig voor verslaafden wanneer het niet of niet geheel nakomen van de belofte geen gevolgen heeft. Wanneer, in ons voorbeeld, de ouders van de drugverslaafde dochter de schulden al hebben betaald, is er niets dat de dochter belet om de kliniek te verlaten.
De gelegenheidsgevers kunnen assisteren, dreigen, deals maken, smeken wat ze willen, ze krijgen geen vat op de verslaafde. Wat ze doen werkt zelfs averechts. Doordat ze de verslaafde afschermen van de gevolgen van de verslaving, voelt de verslaafde niet aan den lijve dat het vele drinken, druggebruik of gokken nare consequenties heeft. De verslaafde ziet daardoor het middelengebruik niet als oorzaak van de problemen en zal eerder doorgaan. In feite zeggen de gelegenheidsgevers tegen de verslaafde: ga je gang.
Het lijkt erg dom van de gelegenheidsgevers om juist dat te doen wat de verslaving versterkt. Waarom doen ze het? Zelf zeggen de gelegenheidsgevers dat ze erger willen voorkomen. Ondanks alles houden ze van de verslaafde of is de band met de verslaafde nog sterk. Daarom willen ze voorkomen dat de verslaafde honger lijdt, thuisloos wordt, zich prostitueert, ziek wordt, verloedert of dood gaat. Of ze willen voorkomen dat de verslaafde anderen kwaad doet. Ze zijn bang dat hij of zij geweld gaat gebruiken, gaat roven, stelen of frauderen.

Ik geef mijn dochter vaak geld om drugs te kopen. Wat moet ik anders doen? Ik wil niet dat ze de hoer gaat spelen om aan drugs te komen.

De redenen van de gelegenheidsgevers lijken goed. Maar na jaren waarin blijkt dat gelegenheid geven niets helpt of zelfs verkeerd werkt, rijst de vraag: Waarom blijven de mensen in de omgeving van de verslaafde zeggen: ga je gang? We gaan kijken naar de persoon die de verslaving mogelijk maakt om een antwoord op deze vraag te vinden. We zullen twee visies op het waarom van het gedrag van de gelegenheidsgevers bespreken, te weten mede-afhankelijkheid en het gezin als systeem.

Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening
Van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag 64

Als zij hun eigen problematiek niet meer ontkennen en verwerkt hebben, kunnen ze zich met grotere vrijheid ten opzichte van elkaar verhouden. Dan kan ook met gezinstherapie worden begonnen. Het moment waarop dat gebeurt luistert heel nauw.

Stadia van gezinsproblematiek en het herstel daarvan

FASEN	OPLOSSINGEN
1 Ontkenning: de niet-drinkende ouder en de kinderen ontkennen mede het drankgebruik en proberen het probleem uit te wissen.	Dit doen ze door: het gebruik te verbergen voor de buitenwereld en redenen (excuses) te vinden voor de voortgang en alles zelf op te lossen.
2 Hoewel ze zich verward en chaotisch voelen en het idee hebben te falen, zoeken ze nog geen hulp of steun.	Ze blijven het zelf oplossen. Ze leven met het gevoel dat niemand ze begrijpt. De eisen naar de kinderen toe wisselen sterk: ze worden beschermd en in vertrouwen genomen door de niet-drinkende ouder en/of veel te zwaar belast.
3 De niet-drinkende ouder doet pogingen om het gezin te reorganiseren, ondanks de problemen.	Ze doen dit door: uit elkaar te gaan; hulp te zoeken.
4 Pogingen om het probleem te ontlopen.	Middelen daarvoor zijn: echtscheiding; de kinderen elders onder te brengen.
5 Reorganisatie van een deel van het gezin.	De niet-drinkende ouder en de kinderen bouwen met hulp een nieuw leven op.
6 Herstel van het hele gezin.	De drinker heeft ook hulp gezocht, is nuchter. De rolpatronen binnen het gezin worden veranderd.

De problemen van gezinnen met alcoholproblemen kunnen in de volgende stadia worden ingedeeld:

Fasen in de hulp

Wanneer een gezin of een deel daarvan hulp komt zoeken, kan een behandeling uit de volgende fasen bestaan:

Leven met een verslaafde
Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 73-75

3.2.2. Invloed van verslaving op het gezinsfunctioneren

Net zoals in een gezin waar één van de ouders verslaafd is, kan men een aantal stadia herkennen in het gezinsfunctioneren, wanneer één van de kinderen alcohol of drugs misbruikt en er verslaafd aan geraakt:

- *Eerste stadium* (bijsturing): Veel ouders komen vrij toevallig te weten dat hun kind experimenteert met drugs: andere ouders melden het hen, of ze vinden iets op de kamer van hun zoon of

dochter, of ze krijgen een telefoontje van de school of van de politie dat er eens moet gepraat worden. Na de eerste schrik zullen zij proberen, de situatie onder controle te krijgen: te bestraffen met huisarrest, vermindering van zakgeld, verbod om met sommige vrienden nog om te gaan, e.d. Sommige ouders schakelen de huisarts in om urinecontroles te doen, om zeker te zijn dat hun kind niets meer gebruikt. In heel wat gevallen blijft het bij dit experiment.

– *Tweede stadium* (aanpassing): Als de ouders het gebruik niet kunnen doen stoppen, en de gedragsmoeilijkheden zijn verder niet te groot, zullen ze proberen er zich mee te verzoenen en zichzelf gerust te stellen. Dikwijls blijkt dit terecht te zijn en verliezen de jongeren na een tijd hun interesse voor drugs of ze komen tot een sporadisch geïntegreerd gebruik, zonder dat hun school- of werksituatie eronder lijdt. Bij zwaar gebruik of bij regelmatig gebruik van sterk verslavende middelen, zullen conflicten niet te vermijden zijn. Toch zullen ouders zo lang mogelijk proberen de problemen te verstoppen voor de buitenwereld. Voor de andere kinderen kan deze fase reeds zeer belastend zijn, omdat er overmatig veel aandacht van de ouders naar dit kind zal gaan. Zij kunnen geneigd zijn hun eigen problemen voor zich te houden om hun ouders niet extra te belasten of omdat er toch geen tijd of interesse voor is.

– *Derde stadium* (crisis): als de situatie ernstiger wordt: crimineel gedrag, geweld tegen de familieleden, ingrijpen van de rijkswacht of van school verwijderd worden, dan voelen ouders vaak dat ze het probleem niet meer helemaal de baas kunnen. Dikwijl hebben ze onderling ook conflicten over de aanpak: de ene zal eerder proberen (eventueel met hulp van professionele hulpverleners) om te praten en te overtuigen, en eventuele brokken te lijmen. De andere is meer geneigd radicaal te reageren, de geldkraan dicht te draaien, zich te distanciëren van de problematiek en zoon of dochter eventueel de deur te wijzen. De andere kinderen zoeken allemaal hun plaats in dit geheel. Soms ontvluchten zij het huis, omwille van de vele conflicten. Soms zoeken zij juist contact met hun gebruikende broer of zus, in een poging zelf orde op zaken te stellen of ze vormen er coalitie mee.

– *Vierde stadium* (nieuw evenwicht): Evolueert de problematiek

verder in de richting van verslaving, dan zal de betrokken adolescent in huis meer en meer een geïsoleerde positie innemen. Iedereen raakt een beetje gewend aan zijn of haar gedrag en tracht er zo weinig mogelijk last van te ondervinden. Soms worden ze geterroriseerd door hun verslaafde huisgenoot en zullen uiteindelijk hulp van buitenaf zoeken om zich hiertegen te beschermen. Soms, wanneer de gedragsmoeilijkheden niet te groot zijn, komt er een relatief stabiele periode, zolang het druggebruik geen aanleiding geeft tot gezondheidsproblemen, geweld, diefstallen in huis of dergelijke. Soms gaat de betrokken jongere apart wonen en houdt nog sporadisch contact met zijn gezin.

– *Vijfde stadium* (scheiding): bij een ernstige verslaving zal professionele hulpverlening en uithuisplaatsing vaak noodzakelijk zijn. In een aantal gevallen komt er een definitieve breuk met het gezin van herkomst. Als de jonge man of vrouw met de verslaving breekt, kan er eventueel nog een stadium van hernieuwd contact volgen. Ook dan kan de medewerking bij de therapie van de ouders en de broers en zussen, belangrijk zijn voor het slagen ervan.

Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening
van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag 41-42

Kenmerkende gezinspatronen

Ontkenning

Om te kunnen blijven drinken – ondanks de overduidelijke lichamelijke, sociale en emotionele gevolgen – moet de drinker wel een overtuigende *ontkenning* voor deze problemen opbouwen. En ook zijn omgeving moet dit doen, om onprettige gevoelens en gedachten op een afstand te kunnen houden. Deze gevoelens worden bewust weggedrukt, of dringen niet eens in het bewustzijn door. Een andere manier van ontkennen is door drogredenen de werkelijke oorzaken weg te moffelen. Tenslotte kunnen ze de oorzaken van de eigen problemen zoeken in omstandigheden buiten zichzelf.
De ontkenning, die buiten het bewuste denken omgaat, komt voort uit de diepe onwil, belastende of pijnlijke gevoelens onder ogen te zien. Ontkenning is een actief proces waarbij iemand selectief de interne en externe realiteit buiten sluit. Daar is telkens méér psychische energie voor nodig.
In de kern van de ontkenning ligt de irreële overtuiging, dat de drinker alcohol en middelen kan gebruiken zònder daar schadelijke gevolgen van te ondervinden. Zolang dit een bijna heilige overtuiging is, kun je voor ieder ongeluk of voor iedere tegenslag een verklaring vinden. Dit legt een troebele waas over de werkelijkheid.

Het zal duidelijk zijn, dat dit geen doeltreffende strategie is om een ontspannen situatie te creëren. Als je je blikveld vernauwt en doet of je de bedreigingen niet ziet, kan het lijken dat je veilig bent. De ontkenning kan te zijner tijd een punt bereiken waarop zij niet meer in stand kan worden gehouden. Door de drinker en zijn naaste omgeving wordt dit als persoonlijke zwakte beschouwd.
Het gezin is er op zijn beurt heilig van overtuigd dat het in staat moet zijn het gedrag van de drinker te veranderen. Aan dit idee valt ook bijna niet te tornen. Gaat het een periode goed, dan vatten de familieleden dat als een persoonlijk succes op. Wanneer het slecht gaat, wijt de omgeving dit aan eigen onvermogen: 'We hebben het niet goed genoeg gedaan.' In beide gevallen ziet de omgeving zichzelf als centraal en almachtig. Om deze overtuiging te kunnen blijven huldigen, is het noodzakelijk te ontkennen wat er wèrkelijk aan de hand is, namelijk: destructief gedrag van de drinker. De gezinsleden zijn niet gericht op eigen wensen, behoeften en noden. Zo worden ze afhankelijk van de drinker en de drank wordt het middel waar alles om draait. Om dit proces

onder woorden te brengen is in de VS het begrip co-dependency (mede-afhankelijkheid) ontwikkeld.

'Marianne is een jonge vrouw van 28 jaar. Haar moeder is al tien jaar terug overleden aan de gevolgen van overmatig alcoholgebruik. Marianne had zich er samen met haar vader zo goed mogelijk doorheen geslagen om het gezinsleven zo normaal mogelijk te laten verlopen. Nu heeft ze grote moeite om de verantwoordelijkheid voor haar vader, die ziek werd ten gevolge van de spanningen, los te laten. Ze verbreekt na korte tijd iedere relatie die ze aangaat. Ze weet dat ze zich voor haar gevoelens afsluit; als de spanning in haar eigen leven te groot wordt, begint ze zelf een korte maar hevige drankperiode waarin alle stoppen doorslaan en ze zeer destructieve neigingen heeft.'

Sociale en relationele gevolgen van middelenmisbruik
Uiteenzetting PC Broeders Alexianen Boechout

1. INLEIDING

Enkele basisprincipes:

- Je kan niet niet communiceren
- Je kan niet niet beïnvloeden
- Je bent altijd een deel van sociale contexten waarbinnen je in mindere of meerdere mate een verantwoordelijkheid draagt, bv. Gezin, familie, werk, buurt, …

2. OPBOUW VAN SOCIALE RELATIES

Het uitbouwen van gezonde sociale relaties vertrekt vanuit een gevoel van *veiligheid / evenwicht of stabiliteit.*

Als je bijvoorbeeld voor het eerst iemand ontmoet en je hebt veel wantrouwen naar die persoon, dan is de kans klein dat je een nieuwe afspraak maakt met deze persoon.

Eens een relatie wat meer vorm krijgt, worden er meer afspraken en verwachtingen duidelijk. Enkele voorbeelden hiervan zijn: wie doet de administratie, wie zet de vuilnisbakken buiten, onderling vertrouwen en communicatie…

Naast *veiligheid / evenwicht of stabiliteit* zijn er nog enkele begrippen die we even toelichten.

Onevenwicht: We spreken over onevenwicht als er zich zaken voordoen die niet stroken met de verwachtingspatronen, gemaakte afspraken of normale structuren. Enkele voorbeelden hiervan zijn: ziekte, dingen verzwijgen, administratie verwaarlozen, … . Het belang van deze, niet te vermijden onevenwichten, is dat zij een kans zijn om een relatie te laten evolueren, mits er voldoende *flexibiliteit* aanwezig is; dit is de mate waarin men op een adequate manier kan omgaan met deze onevenwichten.

3 extreme situaties:

- Onvoldoende flexibiliteit: gevaar van rigiditeit; elk onevenwicht kan een crisis veroorzaken.
- Teveel flexibiliteit: gevaar van chaos waarbinnen duidelijkheid ver te zoeken is.
- Teveel onevenwichten: de draagkracht van het sociale systeem wordt aangetast.

3. WAT BIJ MIDDELENMISBRUIK?

- Het gebruik van een middel kan in eerste instantie iets zijn om een onevenwicht om te buigen in een evenwicht, bv. Na een glaasje wijn kan ik rustiger praten.
- Eens een middel meer en meer de functie krijgt van onevenwichten om te buigen naar een evenwicht, komt verslaving meer en meer om de hoek kijken.
- De volgende stap is het afbrokkelen van gemaakte afspraken en een toenemende onenigheid in verwachtingen: bv. Liegen over gebruik, waaruit een toenemend wantrouwen kan volgen.
- Tot slot blijft er van de onderlinge opgebouwde veiligheid en flexibiliteit nog weinig over; het enige wat mensen vaak nog binding geeft, is de hoop op beterschap en de onderlinge loyaliteit.

4. WAT BIJ STAKEN VAN GEBRUIK

- Als het middelenmisbruik gestopt wordt, is het niet vanzelfsprekend dat alles terug in orde is.
- Het is belangrijk om, indien mogelijk, na te gaan waarom iemand een middel functioneel is gaan gebruiken; dit om eventuele herhaling te kunnen voorkomen.
- Tevens is het enorm belangrijk om terug een *veiligheid / evenwicht of stabiliteit* op te bouwen. Dit kost uiteraard wel de nodige tijd; vandaar dat een beetje afstand, door opgenomen te zijn gecreëerd, soms heel belangrijk kan zijn.
- Wel wil ik als bemerking maken dat het volgen van een behandeling, niet gelijk is aan, diegene die opgenomen is om te vormen tot een persoon die alleen zal voldoen aan wat anderen hopen hoe hij of zij zal zijn. Als mensen bezig zijn met verandering heeft dit als gevolg dat er binnen een sociaal systeem een ander onevenwicht gecreëerd wordt, waarbij de flexibiliteit van het gehele systeem weer zal worden aangesproken.

Leven met een verslaafde

Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 25-26

Aangezien het geven van aandacht een sterke bekrachtiger is, ligt het voor de hand dat de partner, die sterk gericht is op het alcohol- en drugsgebruik van haar echtgenoot, door haar pogingen om dit te controleren en te veranderen, het eigenlijk stimuleert.

Bovendien reageert de man op de verwijten van zijn vrouw slechts met opnieuw overmatig gebruik en beschouwt hij haar gedrag als oorzaak van zijn hervallen of continuëren.

Het onderzoek naar de rol van de partner in het ontstaan of blijven bestaan van de verslaving, wordt door echtgenotes vaak als verwijtend en onrechtvaardig aangevoeld. De eerder spottende benamingen klinken weinig respectvol.

Alhoewel de wetenschap inmiddels wat genuanceerder uitspraken doet en niet meer beweert dat alle vrouwen van alcoholisten een persoonlijkheidsstoornis hebben, blijft er nog erg naar haar gekeken als oorzakelijke of toch minstens faciliterende factor voor het verslaafd gedrag van haar man.

Wel is het zo dat de partnerkeuze kàn gebeurd zijn op eigen onverwerkte elementen. Mogelijk kunnen deze aspecten evengoed een gezonde evenwichtige relatie in de weg staan als het verslaafd gedrag van de partner.

Ook is het belangrijk om te beseffen dat samenleven met een dysfunctionerend persoon een verregaande aanpassing vraagt en vaak met zich meebrengt dat de partner ook gaat dysfunctioneren om dit leven te kunnen volhouden.

Een vrouw is inderdaad geneigd haar huwelijk niet snel in vraag te stellen. Zij zal lange tijd proberen de schade te beperken: zijn werk verwittigen, afspraken in zijn plaats met een smoesje afzeggen, zijn taken overnemen, voor hem naar de huisarts gaan om een ziekteattest te vragen, zelf niet drinken om hem niet in de verleiding te brengen, zorgen dat het gezinsleven zo rimpelloos mogelijk verder gaat, zelf in therapie gaan om te leren hoe ze kan zorgen dat hij niet meer drinkt en haar eigen behoeften meer dan ooit opzij zetten.

Soms gaat ze meedrinken, meesnuiven of meespuiten omdat ze hoopt dat dit het contact zal verbeteren. Of ze gaat hem jaloers maken of dreigen met suïcide om toch maar een reactie en een verandering uit te lokken.

Vaak wordt ze depressief en voelt ze zich schuldig omdat ze er niet in slaagt om hem van zijn probleem af te helpen.

❑ *Gedragstherapeutische visie*

Deze wetenschappers onderzochten het effect van het gedrag van de partner op het ontstaan én op het blijven bestaan van overmatig drinken.

Deze manieren van zich aanpassen, ook coping-stijlen genoemd, kunnen volgens Shaffer & Tyler (1979) als volgt worden ingedeeld:

- *Confrontatie en onenigheid*: gevoelens van woede en machteloosheid die geuit worden via agressieve uitvallen of indirecte manipulatie
- *Destructieve reactie*: uitlokkend gedrag zoals dreigen met zelfmoord
- *Vermijdingsgedrag*: trachten het contact uit de weg te gaan
- *Relatiegerichte actie*: doelgerichte acties om de verslaafde onder druk te zetten, bvb. dreigen met scheiding
- *Reacties tegen het middel*: flessen leeggieten, drugs of geneesmiddelen doorspoelen
- *Hulp zoeken*: buiten het gezin, al dan niet professioneel
- *Niet handelen uit angst*: blokkeren en vanuit angst op een passieve wijze reageren
- *Zorgen voor de echtgenoot*: de verslaafde verzorgen en op zijn gemak stellen
- *Financiële actie*: allerlei financiële maatregelen nemen

De passieve en vermijdende reacties blijken de minst efficiënte te zijn. De meeste partners wisselen, volgens hun geaardheid en volgens de situatie van reactiestijl. Vaak zijn zij zo gericht op het verslaafd gedrag dat zij voortdurend ronddraaien in een driehoek en afwisselend de slachtoffer-, de vervolger- en de reddersrol op zich nemen. Ondertussen zorgen zij eigenlijk nooit voor zichzelf.

Dit verhaal gaat vooral op voor vrouwelijke partners en slechts voor een minderheid van de mannelijke partners. Een man met een verslaafde echtgenote past in de regel zijn leven niet aan om het dysfunctioneren van zijn vrouw te compenseren. Aangezien het centrum van zijn bestaan vaak niet in zijn gezin ligt, gaat zijn leven (professioneel en sociaal) gewoon door. Vooral als er familie is die de tekorten in huishouden en de zorg voor de kinderen opvangt, kan de situatie lang doorgaan. Meestal zal de mannelijke partner weinig in zijn leven veranderen om zich op haar in te stellen. Hij zal zelf niet stoppen met drinken om het haar wat gemakkelijker te maken. Dat vraagt zij trouwens ook niet. Meestal vraagt hij voor zichzelf geen professionele hulp. Mannen maken in het algemeen al veel minder gebruik van de geestelijke gezondheidszorg dan vrouwen. Hij is moeilijk of niet te bewegen om mee in therapie te gaan om de relationele moeilijkheden die zij signaleert te bespreken. Haar klachten over eenzaamheid of gebrek aan aandacht van zijn kant, zetten hem zelden aan tot meer aanwezigheid of attenties. Zelden zal hij de huiselijke taken overnemen. De man die het allemaal wel doet, wordt trouwens door zijn omgeving wat meewarig bekeken.

Bij mannen die zich helemaal afstemmen op het verslaafd gedrag van hun echtgenote, vindt men vaker psychopathologische stoornissen dan bij vrouwelijke partners van mannelijke verslaafden.

Meestal neemt de mannelijke partner de verantwoordelijkheden voor huis en gezin echter niet over en als er dan niemand in de omgeving is om dit te doen en alles loopt mank, dan vindt hij dat juist een goede reden om te scheiden. Van de omgeving én van de rechtbank krijgt hij vaak gelijk ook.

Het gevecht om het hoederecht over de kinderen is hier vaak bits. Bij echtscheiding kent de rechter het hoederecht gemakkelijk toe aan de vader in geval de moeder problemen heeft met medicatie, alcohol of drugs. Soms krijgt zij zelfs geen bezoekrecht en riskeert zij uit de ouderlijke macht ontzet te worden.

Vermits echter haar identiteit dikwijls voor een groot deel samenvalt met haar moederrol, wordt zij hierdoor finaal onderuit gehaald.

Leven met een verslaafde
Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 24

□ *Psychoanalytische visie*

Onderzoekers hebben in de jaren '50 een aantal vaste patronen beschreven bij vrouwen die lange tijd samenwonen met een verslaafde partner. Zij introduceerden de term **co-dependency** waarbij de niet-gebruikende echtgenote evenals haar alcoholische of anderszins verslaafde echtgenoot een 'gestoorde persoonlijkheid' zou hebben. Volgens deze 'Disturbed Personality Hypothesis', konden vier types onderscheiden worden:

- "Suffering Susan": is de vrouw die masochistisch ingesteld is: zij zoekt om te lijden en trouwt daarom met een alcoholist.
- "Controlling Catherine": is de vrouw die een zwakke man trouwt omdat zij vreest door mannen overheerst te worden.
- "Wavering Winifred": is de vrouw met een laag zelfwaardegevoel die een man trouwt die zwakker is dan zij zodat zij zich belangrijk kan voelen.
- "Punitive Polly": is de (meestal buitenshuis werkende) vrouw die wil wedijveren met mannen, hen verslaan, hen straffen.

De onderzoekers wezen ook op het herhalingspatroon waarbij de dochter van een alcoholische vader zelf later trouwt met een man die zich als verslaafde ontpopt.

In het verlengde van deze idee ligt de 'decompensatie-theorie' volgens dewelke de vrouw depressief zal worden en zelfs instorten op het moment dat haar man zijn overmatig drinken staakt.

Recenter vergelijkend onderzoek nuanceert deze vaststellingen: vrouwen van verslaafden blijken een heterogene groep te vormen waarvan sommigen stoornissen vertonen, terwijl bij anderen nauwelijks individuele pathologie aanwezig is.

Co-dependecy werd geherdefinieerd als het proces waarin de vrouw steeds afhankelijker wordt van haar alcoholische man. Naarmate de verslaving van de man manifester wordt en langer duurt, worden de mogelijkheden van de vrouw om zelfstandig een betekenisvol sociaal leven te leiden alsmaar geringer.

Aangezien het geven van aandacht een sterke bekrachtiger is, ligt het voor de hand dat de partner, die sterk gericht is op het alcohol- en drugsgebruik van haar echtgenoot, door haar pogingen om dit te controleren en te veranderen, het eigenlijk stimuleert.

Bovendien reageert de man op de verwijten van zijn vrouw slechts met opnieuw overmatig gebruik en beschouwt hij haar gedrag als oorzaak van zijn hervallen of continuëren.

Het onderzoek naar de rol van de partner in het ontstaan of blijven bestaan van de verslaving, wordt door echtgenotes vaak als verwijtend en onrechtvaardig aangevoeld. De eerder spottende benamingen klinken weinig respectvol.

Alhoewel de wetenschap inmiddels wat genuanceerder uitspraken doet en niet meer beweert dat alle vrouwen van alcoholisten een persoonlijkheidsstoornis hebben, blijft er nog erg naar haar gekeken als oorzakelijke of toch minstens faciliterende factor voor het verslaafd gedrag van haar man.

Wel is het zo dat de partnerkeuze kàn gebeurd zijn op eigen onverwerkte elementen. Mogelijk kunnen deze aspecten evengoed een gezonde evenwichtige relatie in de weg staan als het verslaafd gedrag van de partner.

Ook is het belangrijk om te beseffen dat samenleven met een dysfunctionerend persoon een verregaande aanpassing vraagt en vaak met zich meebrengt dat de partner ook gaat dysfunctioneren om dit leven te kunnen volhouden.

Een vrouw is inderdaad geneigd haar huwelijk niet snel in vraag te stellen. Zij zal lange tijd proberen de schade te beperken: zijn werk verwittigen, afspraken in zijn plaats met een smoesje afzeggen, zijn taken overnemen, voor hem naar de huisarts gaan om een ziekteattest te vragen, zelf niet drinken om hem niet in de verleiding te brengen, zorgen dat het gezinsleven zo rimpelloos mogelijk verder gaat, zelf in therapie gaan om te leren hoe ze kan zorgen dat hij niet meer drinkt en haar eigen behoeften meer dan ooit opzij zetten.

Soms gaat ze meedrinken, meesnuiven of meespuiten omdat ze hoopt dat dit het contact zal verbeteren. Of ze gaat hem jaloers maken of dreigen met suïcide om toch maar een reactie en een verandering uit te lokken.

Vaak wordt ze depressief en voelt ze zich schuldig omdat ze er niet in slaagt om hem van zijn probleem af te helpen.

□ *Gedragstherapeutische visie*

Deze wetenschappers onderzochten het effect van het gedrag van de partner op het ontstaan én op het blijven bestaan van overmatig drinken.

Deze manieren van zich aanpassen, ook coping-stijlen genoemd, kunnen volgens Shaffer & Tyler (1979) als volgt worden ingedeeld:

- *Confrontatie en onenigheid*: gevoelens van woede en machteloosheid die geuit worden via agressieve uitvallen of indirecte manipulatie
- *Destructieve reactie*: uitlokkend gedrag zoals dreigen met zelfmoord
- *Vermijdingsgedrag*: trachten het contact uit de weg te gaan
- *Relatiegerichte actie*: doelgerichte acties om de verslaafde onder druk te zetten, bvb. dreigen met scheiding
- *Reacties tegen het middel*: flessen leeggieten, drugs of geneesmiddelen doorspoelen
- *Hulp zoeken*: buiten het gezin, al dan niet professioneel
- *Niet handelen uit angst*: blokkeren en vanuit angst op een passieve wijze reageren
- *Zorgen voor de echtgenoot*: de verslaafde verzorgen en op zijn gemak stellen
- *Financiële actie*: allerlei financiële maatregelen nemen

De passieve en vermijdende reacties blijken de minst efficiënte te zijn. De meeste partners wisselen, volgens hun geaardheid en volgens de situatie van reactiestijl. Vaak zijn zij zo gericht op het verslaafd gedrag dat zij voortdurend ronddraaien in een driehoek en afwisselend de slachtoffer-, de vervolger- en de redderrol op zich nemen. Ondertussen zorgen zij eigenlijk nooit voor zichzelf.

Dit verhaal gaat vooral op voor vrouwelijke partners en slechts voor een minderheid van de mannelijke partners. Een man met een verslaafde echtgenote past in de regel zijn leven niet aan om het dysfunctioneren van zijn vrouw te compenseren. Aangezien het centrum van zijn bestaan vaak niet in zijn gezin ligt, gaat zijn leven (professioneel en sociaal) gewoon door. Vooral als er familie is die de tekorten in huishouden en de zorg voor de kinderen opvangt, kan de situatie lang doorgaan. Meestal zal de mannelijke partner weinig in zijn leven veranderen om zich op haar in te stellen. Hij zal zelf niet stoppen met drinken om het haar wat gemakkelijker te maken. Dat vraagt zij trouwens ook niet. Meestal vraagt hij voor zichzelf geen professionele hulp. Mannen maken in het algemeen al veel minder gebruik van de geestelijke gezondheidszorg dan vrouwen. Hij is moeilijk of niet te bewegen om mee in therapie te gaan om de relationele moeilijkheden die zij signaleert te bespreken. Haar klachten over eenzaamheid of gebrek aan aandacht van zijn kant, zetten hem zelden aan tot meer aanwezigheid of attenties. Zelden zal hij de huiselijke taken overnemen. De man die het allemaal wel doet, wordt trouwens door zijn omgeving wat meewarig bekeken.

Bij mannen die zich helemaal afstemmen op het verslaafd gedrag van hun echtgenote, vindt men vaker psychopathologische stoornissen dan bij vrouwelijke partners van mannelijke verslaafden.

Meestal neemt de mannelijke partner de verantwoordelijkheden voor huis en gezin echter niet over en als er dan niemand in de omgeving is om dit te doen en alles loopt mank, dan vindt hij dat juist een goede reden om te scheiden. Van de omgeving én van de rechtbank krijgt hij vaak gelijk ook.

Het gevecht om het hoederecht over de kinderen is hier vaak bits. Bij echtscheiding kent de rechter het hoederecht gemakkelijk toe aan de vader in geval de moeder problemen heeft met medicatie, alcohol of drugs. Soms krijgt zij zelfs geen bezoekrecht en riskeert zij uit de ouderlijke macht ontzet te worden.

Vermits echter haar identiteit dikwijls voor een groot deel samenvalt met haar moederrol, wordt zij hierdoor finaal onderuit gehaald.

Verslaafd aan de verslaafde?
Den Bakker J.K., 1997, pag 69-75

Mede-afhankelijkheid
Mede-afhankelijkheid is een begrip dat uit Amerika is komen overwaaien. Bij de behandeling van vooral mannelijke alcoholisten in klinieken werd duidelijk dat de partners vaak op een manier omgingen met de drinker die

getypeerd kan worden als afhankelijkheid van de drinkende partner. Het leven van de alcoholist wordt beheerst door alcohol en het leven van zijn vrouw door de drinker. Verslaafd aan de verslaafde. Vandaar de term 'mede-afhankelijkheid'. Anne Wilson Schaef en Melody Beattie hebben veel over dit fenomeen geschreven (zie literatuuropgave). Dit gedeelte en het volgende hoofdstuk is onder andere gebaseerd op hun werk.

In de zoektocht naar de oorzaak van mede-afhankelijkheid stuitte men op het kernprobleem: gebrek aan eigenwaarde. Een van de voorwaarden voor een geestelijk gezond leven is dat mensen tegen zichzelf kunnen zeggen: 'Ik ben niet perfect, toch ben ik tevreden met mijzelf.' Mensen die niet van zichzelf houden, die zichzelf niet accepteren zoals ze zijn, die niets goed denken te kunnen doen, die bang zijn om fouten te maken, zijn een makkelijke prooi voor het manipulerende gedrag van verslaafden. Sterker nog, psychologen die dit fenomeen bestudeerd hebben zeggen dat mensen met een laag zelfbeeld verslaafden soms opzoeken. Zij gaan relaties aan met drinkers, gokkers of druggebruikers en laten zich vervolgens door hen misbruiken.

Ik zal elf eigenschappen van de mede-afhankelijkheid kort bespreken. De meeste mensen die met een verslaafde te maken hebben, zullen zich in meerdere of mindere mate herkennen in de omschrijving van mede-afhankelijkheid. Mede-afhankelijkheid is niet een kwestie van alles of niets, maar van gradatie. Mensen in de omgeving van een verslaafde kunnen zich afvragen in welke mate de hieronder beschreven kenmerken voor hen opgaan.

MEDE-AFHANKELIJKEN ZOEKEN HUN EIGENWAARDE IN DE ROL DIE ZE SPELEN EN DE ZORG DIE ZE GEVEN

We spelen allemaal meerdere rollen in ons leven. In het gezin hebben we verschillende rollen. Een vrouw heeft de rol van moeder, echtgenoot en soms kostwinner. Op het werk spelen we de rol die bij onze functie hoort: een piloot speelt een rol en een dansleraar speelt een totaal andere rol. Mensen die niet erg met zichzelf zijn ingenomen gaan hun eigenwaarde zoeken in de rol die ze spelen. Het gevolg is dat ze zich overidentificeren met die rol. Ze worden hun rol. Hun waarde wordt niet bepaald door wie ze zijn maar door wat ze doen. Voorbeelden. Een maatschappelijk werker die zich volledig identificeert met zijn cliënten en zijn sociale leven en welzijn eraan opoffert. Een predikant die werkt, werkt en nog eens werkt om de kerkelijke gemeenschap tot een succes te maken. Wanneer deze mensen hun rol kwijt raken door bijvoorbeeld ontslag, of wanneer hun rol mislukt, zijn ze niets. De grond valt onder hun voeten weg.

Als de rol een zorgrol is, bijvoorbeeld de rol van moeder of echtgenoot, dan kan de eigenwaarde van die persoon afhankelijk worden van de zorg voor anderen. Ze voelen zich onbelangrijk tenzij ze anderen kunnen helpen. Het laat zich raden dat iemand met verslavingsproblemen misbruik kan maken van die zorgzame rol.

MEDE-AFHANKELIJKEN HEBBEN WEINIG OF GEEN VERTROUWEN IN HUN EIGEN OORDEEL

Mede-afhankelijken kunnen niet geloven dat wat ze denken, voelen en beslissen juist is. Alles wat ze vinden, beslissen en doen, toetsen ze aan anderen. Als anderen het anders zien, passen ze hun mening meteen aan.

Omdat alles zo aan de buitenkant zit is de mening van anderen over de mede-afhankelijken erg belangrijk. Als anderen ze aardig vinden, zijn ze tevreden, als anderen dat niet vinden zijn ze neerslachtig. Ze gaan er dan alles aan doen om aardig gevonden te worden. Mede-afhankelijken vinden dat anderen een bepaald beeld van hen moeten hebben. Ze werken er keihard voor om dat beeld bij anderen te laten leven. Wanneer ze bijvoorbeeld geloven dat anderen ze slim moeten vinden, zullen ze er alles aan doen om dit imago hoog te houden. De vraag die ze zich met regelmaat stellen is: 'Wat zullen anderen ervan zeggen?'

MEDE-AFHANKELIJKEN NEMEN GEVOELENS EN PROBLEMEN VAN ANDEREN OVER

Mede-afhankelijken vertrouwen hun eigen gevoel niet. Daarom nemen ze gevoelens van anderen over. Verdriet van andere mensen die belangrijk voor hen zijn wordt hun chagrijn, vreugde van die mensen wordt hun blijheid. Ook neerslachtigheid en woede nemen mede-afhankelijken over van anderen.

MEDE-AFHANKELIJKEN KUNNEN GEEN GRENZEN STELLEN

Wanneer mensen niet stevig in hun schoenen staan kunnen ze geen grenzen stellen. Mensen kunnen pas aangeven waar voor hen de grens ligt wanneer ze weten wie ze zijn, wat ze willen en waar ze voor staan. Als aan een verslaafde geen duidelijke grenzen gesteld worden, gaat hij of zij steeds verder met het opschuiven van de limiet.

MEDE-AFHANKELIJKEN VOELEN ZICH SCHULDIG

Wanneer mensen geen vertrouwen hebben in zichzelf en er gaat iets fout dan zijn ze geneigd om de schuld bij zichzelf te zoeken. Ze zeggen al snel: 'Ik heb het fout gedaan, het is mijn schuld', al kunnen ze er niets aan doen of hebben ze het niet met opzet gedaan. Dit schuldgevoel kan verlammend werken.

MEDE-AFHANKELIJKEN HEBBEN ANGST OM VERLATEN TE WORDEN

Wanneer mensen een lage dunk van zichzelf hebben, kunnen ze niet geloven dat anderen bij hen willen blijven. Ze zijn bang dat anderen hen zullen verlaten. Om deze angst weg te nemen proberen ze anderen aan zich te binden, doen ze er alles aan om zich onmisbaar te maken. Verslaafden kunnen hier handig gebruik van maken.

MEDE-AFHANKELIJKEN WILLEN CONTROLEREN

Het controlegedrag van mede-afhankelijken hangt hiermee samen. Ze proberen alles in de hand te houden. Maar door de chaos die ontstaat door het gedrag van de verslaafde voelen ze zich hulpeloos. Ze worden geobsedeerd door het verlangen om die ander te beheersen, te veranderen, maar het lukt niet.

MEDE-AFHANKELIJKEN WILLEN GRAAG REDDEN

Omdat mede-afhankelijken een gebrek aan eigenwaarde hebben, willen ze anderen graag redden. Ze proberen de verslaafde te redden. Wanneer ze iemand bevrijden van een afschuwelijke verslaving hebben ze wat gepresteerd, dan zijn ze iemand! Het probleem is dat wanneer ze een verslaafde zo graag willen redden, ze die persoon juist alle gereedschap in handen geven om te manipuleren. Uiteindelijk redden ze de verslaafde niet. Ze geven hem of haar juist de gelegenheid om door te gaan.

Doordat mede-afhankelijken zo graag willen redden gaan ze verantwoordelijkheden overnemen van de verslaafde. Daarna zijn ze kwaad op de verslaafde omdat ze veel voor de verslaafde doen en hij of zij is niet eens dankbaar.

Psychologen hebben het over de driehoek van redder, achtervolger en slachtoffer. De redder probeert de verslaafde van de verslaving af te helpen, maar deze wil er nog niet vanaf. Omdat de redder toch wil redden wordt deze achtervolger. Dat wil zeggen, de redder gaat de hulp opdringen aan de verslaafde. Hier doet de verslaafde zijn voordeel mee. Hij of zij gebruikt de achtervolger voor eigen doeleinden, namelijk het voortzetten van de verslaving. Zo wordt de achtervolger tot slachtoffer. Hij of zij voelt zich misbruikt door de verslaafde.

MEDE-AFHANKELIJKEN VOELEN ZICH VERANTWOORDELIJK VOOR ANDEREN

Mede-afhankelijke mensen nemen niet alleen dingen over die de verslaafde zelf zou kunnen doen, maar gaan zich verantwoordelijk voelen voor wat de verslaafde doet. De verslaafde steelt, maakt schulden of erger en de mede-afhankelijke voelt dat hij of zij dat had moeten voorkomen. Daar kunnen verslaafden natuurlijk hun voordeel

mee doen. Ze kunnen de mede-afhankelijke voor het blok zetten: of je geeft me geld of ik ga stelen.

MEDE-AFHANKELIJKEN PIEKEREN OVER ANDEREN
Mede-afhankelijken cijferen zichzelf weg. Ze tobben veel over de verslaafde. In gedachten zijn ze voortdurend bij hem of haar, al hebben ze maanden geen contact gehad. Het wel en wee van de verslaafde bepaalt het geluk van de mede-afhankelijke. Gaat het goed met de verslaafde dan zitten de mede-afhankelijken in een opgaande lijn. Gaat het slecht met de verslaafde dan zijn de mede-afhankelijken neerslachtig. Met al dat piekeren komen mede-afhankelijken geen steek verder en het kost veel energie.

MEDE-AFHANKELIJKEN VERWAARLOZEN HUN EIGEN EMOTIONELE BEHOEFTEN
Mede-afhankelijke mensen zijn erg bezorgd over hoe anderen zich voelen. Ze zorgen voor het emotionele welzijn van mensen in hun omgeving. Nu lijkt het alsof ze goed kunnen omgaan met emoties, niets is minder waar. Ze verwaarlozen hun eigen emotionele noden. Gevoelens van verdriet en woede worden niet toegelaten. Het gevolg is uitbarstingen, waarover ze zich schuldig voelen, of binnenvetten waardoor boosheid zich vertaalt in depressie. Mede-afhankelijken zijn woedend op de verslaafde waar ze zoveel voor doen en die nooit iets terug doet.

We hebben mede-afhankelijkheid omschreven als verslaafd aan de verslaafde. De mede-afhankelijke lijkt erg veel op de verslaafde. De verslaafde zoekt de oplossingen voor zijn of haar problemen buiten zichzelf, in een drug of in gokken. De mede-afhankelijke zoekt de oplossing buiten zichzelf, in een relatie met een ander.
Op nog een andere manier is de mede-afhankelijke verslaafd. De spanning, de angst, de terugkerende crises, de opwinding vanwege de vele problemen kunnen, als het lang genoeg duurt, verslavend werken. De prikkeling kan verworden tot een kick. In rustiger vaarwater voelen ze zich dan ongemakkelijk. Ze kicken dan als het ware af. Daarom gaan mede-afhankelijken soms problemen opzoeken om weer de opwinding te voelen. De problemen gaven vreemd genoeg zin aan het leven. Zonder dat is er niets.
Na deze beschrijving van mede-afhankelijkheid komt de vraag naar boven: Wie was er eerder de kip of het ei? Wordt mede-afhankelijkheid volledig veroorzaakt door de mede-afhankelijke persoon zelf? Of ontstaat mede-afhankelijkheid door het gedrag van de verslaafde? Het samenleven met een verslaafde maakt mensen onzeker en doet zelfvertrouwen wegsmelten. Zelfs de meest emotioneel stabiele mensen zouden na een aantal jaren met een drinker, gokker of druggebruiker te hebben geleefd gaan twijfelen aan zichzelf. Het manipulerende gedrag gaat aan hen vreten en de constante druk om de grenzen te verleggen zorgt ervoor dat ze de grenzen na een poosje niet meer kunnen zien.
Het lijkt erop dat mede-afhankelijkheid zowel veroorzaakt wordt door de persoon van de mede-afhankelijke als door het gedrag van de verslaafde.

Gezin als systeem
In een gezin wordt de omgang bepaald door gewoonten, manieren van communicatie, taak- en rolverdeling, waarden en normen. Wat wel en wat niet kan staat vast. Vele ongeschreven regels bepalen dat. Er zijn voorbeelden te over: etenstijd, wat wel en wat niet tegen elkaar gezegd kan worden, wie er kookt, wie voor de kinderen zorgt, hoeveel er televisie gekeken kan worden, enzovoorts. Zonder al die regels zou het een chaos worden, want het gezin is een kleine organisatie, een systeem.
Elk systeem zoekt naar evenwicht. Zonder balans kan een organisatie niet voortbestaan. Wanneer één van de gezinsleden een verslavingsprobleem ontwikkelt, is het evenwicht zoek. Het verslaafde gezinslid verstoort de stabiliteit door gedrag dat ingaat tegen de regels en de omgangsvormen in het gezin. Voorbeelden: Een alcoholist mishandelt zijn

Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening
van der Stel J. & van der Keulen J, 1992, pag 42-43

Co-dependency

In een normale ontwikkeling hoort ook afhankelijkheid; op zichzelf beschouwd is dat niet negatief. In zijn ontwikkeling zoekt een mens telkens naar een goede balans tussen zelfstandigheid en afhankelijkheid van anderen. Het gevoel van zelfstandigheid maakt het iemand juist mogelijk om dichtbij anderen te zijn, om afstand te nemen, of om sterke wederzijdse banden aan te gaan.
Maar in gezinnen met alcoholproblemen is de afhankelijkheid het tegengestelde van functioneel: de gezinsleden hebben een te grote betrokkenheid bij de drinker of het middel; ze zijn er soms geheel aan onderworpen.

Het begrip co-dependency duidt erop dat de omgeving mede-afhankelijk wordt van de alcohol. Door te leven met een extreem middelengebruikende persoon èn de ontkenning van de problematiek, ontwikkelen alle gezinsleden een heel eigen problematiek. Deze heeft zowel intra-psychische aspecten, zoals gebrek aan eigenwaarde, wantrouwen, het blokkeren van gevoelens en sterke behoefte tot beheersen, alsook interactionele aspecten, zoals overbezorgd bezig zijn met anderen en het vasthouden aan de gezinsregels, ook al zijn die regels schadelijk.
De volgende definitie is heel bruikbaar: co-dependency is een specifieke toestand van afhankelijkheid, die door extreme emotionele, sociale en soms ook lichamelijke afhankelijkheid van een persoon of object wordt gekenmerkt. Verder is kenmerkend dat de co-dependent persoon sterk door de situatie in beslag wordt genomen. Op den duur wordt deze afhankelijkheid een pathologische toestand, die alle andere relaties van de persoon aantast.

Het is heel moeilijk co-dependency op te geven. Dit heeft verschillende oorzaken. Soms willen mensen de belangrijke positie die ze er aan denken te

ontlenen niet kwijt. De consequentie kan zijn dat de hoop, dat alles nog goed zal komen, moet worden opgegeven; de ander moet worden verlaten of ze zullen zelf verlaten worden.
Zelfs kinderen, die het huis uitgaan blijven emotioneel nog heel sterk gebonden aan hun ouderlijk huis. Moeilijk afscheid kunnen nemen is de grootste barrière om nieuwe relaties aan te kunnen gaan. Het komt voor dat door de keuze voor een partner die zelf ook verslaafd is of daartoe geneigd is, de oorspronkelijke relatiepatronen uit het gezin van herkomst worden herhaald. Sommigen vermijden het aangaan van intieme relaties, of blijven zó gebonden aan hun ouders, dat ze zich niet in staat voelen, een goede partner of een goede ouder te worden. Anderen kunnen zich niet op hun studie concentreren door de afhankelijkheid van hun thuissituatie. De ernst, de mate en de duur van het ouderlijk alcoholisme zijn bepalend voor de mate van co-dependency van de kinderen.
In veel gevallen worden de verschijnselen van co-dependency pas duidelijk wanneer partner of kinderen van de drinker een nieuwe intieme relatie aangaan met iemand buiten het gezin. Pas dan wordt duidelijk dat ze schadelijke patronen geleerd hebben (Cermak, 1986):

- ze hebben een verkeerd idee van wilskracht: ze vertrouwen er totaal op, òf ze vervallen in hopeloosheid;
- ze leven met verwarring rond identiteit: ze investeren in het geluk van anderen en voelen zich daar verantwoordelijk voor, doch komen er niet toe om hun eigen wensen en behoeften te leren kennen, en ze hebben grote neiging anderen te verzorgen;
- ze hebben een laag gevoel van eigenwaarde: ze leren hun zelfgevoel op te geven en gaan totaal in het succes of falen van de partner mee, ze hebben de neiging de ander de macht over zichzelf over te dragen; ze hebben overdreven behoefte aan goedkeuring door anderen;
- ze ontkennen;
- ze leren voortdurend zowel anderen als zichzelf met veel inzet onder controle te houden, om op die manier dreigend gevaar het hoofd te kunnen bieden;
- ze leven met verdrongen of geblokkeerde gevoelens, met depressie of angsten, ze zijn overmatig waakzaam en komen gemakkelijk zelf tot middelengebruik;
- ze zijn vaak slachtoffer van mishandeling of sexueel misbruik;
- ze zijn niet in staat tot spontaan plezier en hebben ernstige problemen met intimiteit;
- ze zijn bang voor eigen boosheid; als ze die uiten gebeurt dit vaak in ongecontroleerde uitbarstingen;
- ze zijn besluiteloos en angstig om dingen in het leven te veranderen;
- ze kunnen liegen – overdrijven of verzinsels bedenken, ook als de waarheid gemakkelijk verteld kan worden;
- ze hebben grote angst verlaten te zullen worden.

Leven met een verslaafde
Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 72-75

3.2. Opvoeding en verslaving

3.2.1. Invloed van gezinsfactoren op het ontstaan van verslaving

In onze Westerse cultuur worden vaak de ouders, en vooral de moeder met de vinger gewezen als iets misgaat met een kind. De ideeën van Freud en zijn volgelingen, waarin het kerngezin model stond en de moeder geacht werd zich volledig aan haar gezin te wijden, en waarbij een mens als gevormd beschouwd werd vóór zijn vierde levensjaar, hebben hierin een belangrijke rol gespeeld.

Tot half de jaren zestig werd bij onderzoek naar de gezinsachtergrond van verslavingsproblemen de nadruk gelegd op de zwakke vader-zoon relatie en de overbeschermende, controlerende en toegeeflijke houding van de moeder. Ondertussen heeft de systeemtheorie erop gewezen dat er interacties zijn tussen mensen, en geen éénrichtingsinvloed van ouders alleen. Bovendien blijkt dat wanneer jongeren gaan experimenteren met allerlei gedrag, de invloed van de *peer-group* van doorslaggevend belang is, zeker wat bvb. het eerste gebruik van cannabis betreft. Hierop lijken ouders weinig invloed te kunnen uitoefenen.

Ouderlijke factoren blijken een veel grotere rol te spelen bij de overgang naar het gebruik van andere illegale drugs, zoals heroïne. Jongeren die opgroeien in een gezin met veel geweld, of weinig belangstelling ondervinden van hun ouders lopen hier meer risico.

Drugverslaafde jongeren hebben dikwijls ouders die zelf verslaafd zijn aan alcohol of geneesmiddelen.

Het spreekt vanzelf dat kinderen die reeds op één of andere manier kwetsbaarder zijn, ook meer kans lopen om tot middelenmisbruik te komen. Dit kunnen jongeren zijn met een traumatische voorgeschiedenis: lichamelijk, psychisch en/of seksueel geweld, uithuisplaatsing in een instelling of pleeggezin, psychiatrische opname van één van de ouders, gevangenisstraf of justitiële contacten van de gezinsleden. Ook aangeboren stoornissen, zoals bij hyperkinetische kinderen, kinderen met een hoog angstniveau of met een autistiforme stoornis, verhogen het risico om in een verslavingsprobleem te belanden.

Depressieve jongeren vooral wanneer zij een verhoogd impulsief reactiepatroon vertonen, komen gemakkelijker tot misbruik van alcohol en andere drugs.

Al is de invloed van ouders op hun kinderen onmiskenbaar groot, dat betekent nog niet dat al wat misloopt hun schuld is. Er kan veel misgaan met kinderen, ook al hebben ze de beste ouders van de wereld. Maar ook omgekeerd. Uit onderzoek (Werner, 1989) bleek dat van de kinderen die een slechte start hadden in het leven door ongewenstheid, armoede, agressie of stoornissen van de ouders op psychiatrisch vlak of op gebied van alcoholmisbruik, er toch een derde als jong volwassene prima functioneerde. Ze waren sterk, zelfbewust en in staat tot warme relaties met anderen. Deze kinderen waren blijkbaar in staat geweest hun veiligheid, affectie en rolmodellen bij anderen te vinden dan bij hun ouders.

Anderzijds beschermen goede ouders en een goede opvoeding maar in beperkte mate tegen het ontwikkelen van ernstige problemen.

3.2.2. Invloed van verslaving op het gezinsfunctioneren

Net zoals in een gezin waar één van de ouders verslaafd is, kan men een aantal stadia herkennen in het gezinsfunctioneren, wanneer één van de kinderen alcohol of drugs misbruikt en er verslaafd aan geraakt:

- *Eerste stadium* (bijsturing): Veel ouders komen vrij toevallig te weten dat hun kind experimenteert met drugs: andere ouders melden het hen, of ze vinden iets op de kamer van hun zoon of

dochter, of ze krijgen een telefoontje van de school of van de politie dat er eens moet gepraat worden. Na de eerste schrik zullen zij proberen, de situatie onder controle te krijgen: te bestraffen met huisarrest, vermindering van zakgeld, verbod om met sommige vrienden nog om te gaan, e.d. Sommige ouders schakelen de huisarts in om urinecontroles te doen, om zeker te zijn dat hun kind niets meer gebruikt. In heel wat gevallen blijft het bij dit experiment.

- *Tweede stadium* (aanpassing): Als de ouders het gebruik niet kunnen doen stoppen, en de gedragsmoeilijkheden zijn verder niet te groot, zullen ze proberen er zich mee te verzoenen en zichzelf gerust te stellen. Dikwijls blijkt dit terecht te zijn en verliezen de jongeren na een tijd hun interesse voor drugs of ze komen tot een sporadisch geïntegreerd gebruik, zonder dat hun school- of werksituatie eronder lijdt. Bij zwaar gebruik of bij regelmatig gebruik van sterk verslavende middelen, zullen conflicten niet te vermijden zijn. Toch zullen ouders zo lang mogelijk proberen de problemen te verstoppen voor de buitenwereld. Voor de andere kinderen kan deze fase reeds zeer belastend zijn, omdat er overmatig veel aandacht van de ouders naar dit kind zal gaan. Zij kunnen geneigd zijn hun eigen problemen voor zich te houden om hun ouders niet extra te belasten of omdat er toch geen tijd of interesse voor is.
- *Derde stadium* (crisis): als de situatie ernstiger wordt: crimineel gedrag, geweld tegen de familieleden, ingrijpen van de rijkswacht of van school verwijderd worden, dan voelen ouders vaak dat ze het probleem niet meer helemaal de baas kunnen. Dikwijl hebben ze onderling ook conflicten over de aanpak: de ene zal eerder proberen (eventueel met hulp van professionele hulpverleners) om te praten en te overtuigen, en eventuele brokken te lijmen. De andere is meer geneigd radicaal te reageren, de geldkraan dicht te draaien, zich te distanciëren van de problematiek en zoon of dochter eventueel de deur te wijzen. De andere kinderen zoeken allemaal hun plaats in dit geheel. Soms ontvluchten zij het huis, omwille van de vele conflicten. Soms zoeken zij juist contact met hun gebruikende broer of zus, in een poging zelf orde op zaken te stellen of ze vormen er coalitie mee.
- *Vierde stadium* (nieuw evenwicht): Evolueert de problematiek verder in de richting van verslaving, dan zal de betrokken adolescent in huis meer en meer een geïsoleerde positie innemen. Iedereen raakt een beetje gewend aan zijn of haar gedrag en tracht er zo weinig mogelijk last van te ondervinden. Soms worden ze geterroriseerd door hun verslaafde huisgenoot en zullen uiteindelijk hulp van buitenaf zoeken om zich hiertegen te beschermen. Soms, wanneer de gedragsmoeilijkheden niet te groot zijn, komt er een relatief stabiele periode, zolang het druggebruik geen aanleiding geeft tot gezondheidsproblemen, geweld, diefstallen in huis of dergelijke. Soms gaat de betrokken jongere apart wonen en houdt nog sporadisch contact met zijn gezin.
- *Vijfde stadium* (scheiding): bij een ernstige verslaving zal professionele hulpverlening en uithuisplaatsing vaak noodzakelijk zijn. In een aantal gevallen komt er een definitieve breuk met het gezin van herkomst. Als de jonge man of vrouw met de verslaving breekt, kan er eventueel nog een stadium van hernieuwd contact volgen. Ook dan kan de medewerking bij de therapie van de ouders en de broers en zussen, belangrijk zijn voor het slagen ervan.

Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening
Van der Stel J. & van der Keulen J. 1992, pag 44-53

6.3 Rollen en rolgedrag

Zoals we al eerder zagen delen de gezinsleden mee in het alcoholisme door het overnemen van disfunctioneel gedrag. Ieder lid van een gezin heeft bepaalde rechten en plichten, gebaseerd op de positie binnen het gezin; de leeftijd, plaats in de kinderrij, geslacht, sociale klasse van het gezin spelen daarbij een belangrijke rol. Op grond hiervan nemen de gezinsleden bepaalde rollen op zich. In normale gezinnen zijn die heel flexibel en gevarieerd. De rollen veranderen wanneer er iets in het gezin verandert, bijvoorbeeld wanneer de maatschappelijke of economische situatie van het gezin verslechterd, of bij het overlijden van een ouder.

Door verschillende onderzoekers is nagegaan hoe in verschillende stadia van het gezinsleven de leden van een gezin met alcoholproblemen bepaalde pathologische rollen op zich nemen. Deze rollen worden opgepakt om zich zo goed mogelijk in het gezin staande te kunnen houden. Het worden strategieën om te kunnen overleven.
De rolgedragingen worden vanuit het gezin meegenomen naar de buitenwereld, zodat het alcoholisme niet alleen de relaties binnen het gezin beïnvloedt, maar ook daarbuiten. Het beïnvloedt de wijze waarop kinderen omgaan met vriendjes, klasgenoten en volwassenen buiten het gezin. En later beïnvloedt het, wanneer ze volwassen zijn, hoe ze met partners en hun eigen kinderen omgaan.
Deze rollen (zie Bakker en Van der Stel, 1987) belemmeren de vrije keuze in situaties, waar ander gedrag adequaat is. In deze gezinnen leren kinderen dus niet om flexibel te zijn in hun rolgedrag. Ze zijn geblokkeerd geraakt in de stereotype reacties, die volgens hun waarneming nodig zijn om te overleven. Ze hebben bijvoorbeeld geleerd om 'sterk en flink' te zijn, 'onkwetsbaar' en 'normaal' te reageren.
Doordat ze geleerd hebben tevreden te zijn ook al krijgen ze weinig aandacht, vallen ze niet zo op. Pas later in hun leven krijgen ze dan de rekening gepresenteerd van alle emotionele en psychologische tekorten. In de tijd dat ze nog in het gezin waren, konden ze niet van de voor hen belangrijkste mensen de hulp en steun krijgen of vragen die ze nodig hadden. Dit leidde tot grote eenzaamheid. Ze waren gewend de pijnlijke zaken voor zich te houden.

We noemen hierna een aantal *stereotype rolpatronen* die geobserveerd worden bij kinderen in gezinnen met alcoholproblemen.

Stereotype rolpatronen

De verantwoordelijke

Wanneer de alcoholist de controle over het drinken verliest schuift de 'verantwoordelijke' de eigen behoeften en gevoelens opzij en neemt de verantwoordelijkheid voor het gezin op zich. Het is de persoon waar de drinker het meest op leunt. Hij kan alles prima aan, zolang hij de situatie maar structuur kan geven. De rol van de 'verantwoordelijke' wordt in veel gevallen opgenomen door de partner of het oudste kind.
Aan deze ontleent het kind steun voor zichzelf. Het ontwikkelt de mogelijkheid om goed te organiseren, doelen te bereiken en anderen te beïnvloeden. Het gelooft niet dat volwassenen voor hem beschikbaar zijn wanneer hij hulp nodig heeft. Het kind heeft geleerd geheel op zichzelf te vertrouwen.
In situaties waarin ze kunnen controleren en organiseren voelen ze zich op hun gemak. Ze ontlenen hieraan voor zichzelf veel positieve aandacht. In zo'n leven is geen ruimte voor gelijkwaardige relaties; de betrokkenen zouden dan de controle op de situatie op moeten geven en dàt is uiterst bedreigend. Ze gaan relaties aan waarin het element 'winnen of verliezen' een grote rol speelt. Ze vertekenen de realiteit en hebben in hun leven sterk de neiging tot zwart-wit denken, alles of niets.
Uiterlijk heeft de 'verantwoordelijke' veel succes, maar innerlijk leeft hij met veel wantrouwen en onzekerheid. Op school wordt het kind bevestigd in deze rol, vanwege zijn goede organisatietalent en leiderschapskwaliteiten.

De aanpasser

De aanpasser zeilt overal tussendoor. Hij lijkt flexibel, spontaan en gemakkelijk; toch kan dit gedrag heel egocentrisch aandoen. De 'aanpasser' hoeft niet zo verantwoordelijk te zijn; anderen zorgen immers voor de gang van zaken. Hij kan er toch niets aan veranderen en accepteert alles wat zich voordoet. Hij vraagt zelf niet zo veel aandacht en heeft ook niet veel aandacht voor de andere gezinsleden en buitenstaanders. Hij sluit zijn gevoel af en is niet zo gauw van zijn stuk te brengen.
Aanpassers hebben er moeite mee zichzelf doelen te stellen; ze maken dingen niet af en zien voor zichzelf weinig keuzemogelijkheden. Ze nemen de verantwoordelijkheid voor hun eigen leven niet serieus. Op school krijgen ze geen speciale aandacht, noch in positieve, noch in negatieve zin. In het spel met leeftijdgenoten vallen ze er een beetje buiten.

De verzoener

De verzoener zorgt ervoor dat anderen zich prettig voelen. Hij troost de anderen als ze het moeilijk hebben. Het is het wat gevoelige kind dat al van jongs af aan probeert de spanningen bij zichzelf en bij anderen draaglijk te maken. Anderen vinden dit een lief kind dat nooit klaagt en nooit zijn teleurstelling laat blijken. Het laat nooit iets merken van wat hem bezig houdt, maar is wel druk bezig mee te voelen en te luisteren naar anderen. Dit kind is er heel bedreven in om de aandacht van zichzelf af te leiden. Ook op school is het een aardig en geliefd kind.

De hiervoor beschreven rollen zijn niet direct destructief te noemen – ze bieden de dragers veel voordelen. De rollen die hieronder worden beschreven hebben meer negatieve gevolgen.

De zondebok

Er is een groep kinderen die negatieve aandacht naar zich toe trekt. Dit zijn de kinderen met 'lastpakken'-gedrag. Ze brengen het gezin in discrediet. Deze kinderen krijgen wel aandacht voor hun problematisch gedrag, doordat ze in contact komen met politie, justitie, kinderbescherming en andere jeugdhulpverleningsinstellingen. Er wordt echter over het hoofd gezien, dat de basis van dit gedrag mede besloten ligt in het gezin van herkomst.
De zondebok vraagt aandacht met negatief gedrag om te laten horen: 'Ik kan de situatie thuis niet aan', of: 'Let ook op mij en houdt van me.' Ouders kunnen over het algemeen gemakkelijker omgaan met het lastige of zelfs delinquente gedrag van hun kinderen dan met hun eigen alcoholproblemen. Het kind leidt daar de aandacht van af.
Deze kinderen doen het op school minder goed en ze geven daar veel problemen. Het zijn in extreme gevallen vroegtijdige schoolverlaters, spijbelaars, kinderen die al op hun twaalfde jaar gaan drinken, en die al op jeugdige leeftijd zwanger worden.

Het aan zijn lot overgelaten kind

Het verwaarloosde kind beschermt het gezin door voor zichzelf te zorgen en moeilijkheden te vermijden. Het gezin laat dit kind geheel aan zijn lot over. Dit leidt tot grote eenzaamheid.

De pias

De 'pias' brengt humor en luchtigheid. Hij is grappig wanneer er spanningen zijn en heeft veel charme. Deze rol helpt het kind echter niet bij het verwerken van pijn en verdriet. Hij moet voortdurend de andere gezinsleden opvrolijken.

Hoewel kinderen met deze rollen aandacht krijgen, is het resultaat daarvan in veel gevallen negatief. Om te veranderen en volwassen, verantwoordelijk gedrag op zich te nemen, is het nodig dat ze deze rollen loslaten. Ze kunnen dan pas echt contact maken. Het valt op dat in gezinnen met meerdere kinderen, er meestal één de verzorgende rol van de ouders overneemt en een ander kind een dwarse en rebelse rol speelt.

6.4 Omgaan met emoties

Emotionele problemen

Het leven in een alcoholgezin kan een extreme stresssituatie teweeg brengen. Dit doet een beroep op de persoon om zijn gevoelens uit te schakelen en zichzelf zo een gevoel van veiligheid te bezorgen. Het ontkennen van gevoelens is nodig om er niet door overspoeld te raken. Dit kan tot gevolg hebben dat mensen soms dwangmatige handelingen uitvoeren. Ook angsten en fobische klachten kunnen de functie hebben mensen er voor te beschermen dat ze onder ogen moeten zien dat ze onder een hoge mate van stress leven.
In gezinnen met alcoholproblemen krijgen de kinderen van hun ouders de volgende boodschappen mee: 'Je mag geen gevoelens hebben', en: 'Je mag geen gevoelens tonen.' Er wordt ze geleerd hun gevoelens te begraven, ze spreken er niet over. Zelfs later, wanneer ze volwassen geworden zijn, verzetten ze zich ertegen hun gevoelens te onderkennen. Hoe zouden ze dat ook hebben kunnen leren, als hun vroegere ervaringen niet telkens bevestigd werden? De openheid in het gezin ontbrak, men vertelde elkaar niet welke gevoelens geraakt werden. Verbondenheid en vertrouwen ontbraken om gevoelens uit te wisselen. De gezinsleden waren zoveel mogelijk gericht op het vermijden van pijn. Hoogstens wierpen ze elkaar verwijten toe of gaven elkaar de schuld van wat er verkeerd was gegaan. De gezinsleden raakten nogal eens met elkaar in conflict.
Het op deze manier omgaan met gevoelens is voortgekomen uit schaamte, schuld en angst voor de buitenwereld: 'Laat niemand er wat van merken.'
Het alléén verwerken van angst, zorgen en ongemak, schuld, boosheid en eenzaamheid leidt tot wanhoop en depressie. Kinderen die basisveiligheid en warmte nooit hebben gekend, zijn zich van dit gemis nauwelijks bewust. Depressie is voor hen een heel normaal, een bij het leven horend gevoel geworden.

Anderen, die wel warmte en vertrouwen gekend hebben in hun jeugd, en die later met alcoholproblemen in hun gezin geconfronteerd worden, krijgen vaak pas in een later stadium depressieve klachten. Deze zijn te wijten aan het verlies van warmte, veiligheid en vertrouwen.

Om te overleven leerden ze hun gevoelens te onderdrukken of helemaal te verdringen. Door niet te voelen konden ze ook niet door gevoelens overspoeld worden. Ze leerden dat gevoelens ingewikkeld en beangstigend waren. Het was gemakkelijker er geen acht op te slaan of er een barrière tegen op te werpen uit zelfbescherming. Zo'n toestand gaat niet vanzelf over. Daarvoor moet actief worden gewerkt aan herstel. Tot die tijd ervaart de persoon een beperking in het herkennen van actuele gevoelens en leeft met het gevoel afgesloten te zijn van zijn omgeving.
Hun angstige realiteit is: 'Mijn ouders zijn er niet voor mij.'
Het is ook angstig om jezelf de volgende vragen te stellen: 'Ligt alles aan mij?'; 'Ben ik soms gek?'; 'Houden ze niet van mij?'
In de werkelijkheid van het leven van zo'n kind spelen veel emoties een rol:
- als vader razend of gewelddadig wordt: angst;
- als vader niet thuis komt: angst;
- als ouders hun beloften weer verbreken: boosheid;
- omdat mamma zo gek doet en er zo raar uitziet: gêne;
- omdat ik nooit genoeg doe om ze tevreden te stellen: verdriet;
- omdat er nooit tijd en aandacht voor mij is: neerslachtigheid.

> 'Altijd aan tafel gebeurde er weer iets vervelends. Of een van de kinderen zei iets, of het eten stond vader niet aan...
> Vaak vlogen de borden door de kamer – –. scherven – – rinkelend glas – – gevloek – – geschreeuw.
> Harry pakte dan snel zijn bord en sloot zich boven op zijn kamer op. Hij was doodsbang voor zulke 'ruzies'. Hij heeft geleerd elke uiting van boosheid als iets gewelddadig te zien.'

Specifieke aspecten

Beheersen

Een mens met een volwassen gevoel voor verantwoordelijkheid overweegt zijn mogelijkheden in situaties waarop hij invloed kan en wil uitoefenen, en accepteert dat er dingen zijn waar hij niets aan kan veranderen. De gezinsleden van een chronische drinker geloven echter dat zij door anderen en zichzelf te beheersen de conflicten en de chaos, die zich voortdurend aandienen, in de hand kunnen houden. Ze denken dat dat lukt met inzet van al hun wilskracht: 'Als we met zijn allen maar genoeg ons best doen, kunnen we

vader wel laten stoppen met drinken.' Ze geloven dat zij alles kunnen beheersen met hun 'wil', zelfs dingen die nooit te beheersen zijn.
Om greep op hun leven te kunnen houden zijn de gezinsleden in de omgeving van de drinker bezig hun eigen gevoelens van zich af te houden of op te kroppen. Dit geldt dan als bewijs van wilskracht. In zo'n situatie geeft de een zijn gevoel van eigenwaarde op voor de ander. Hij bestaat dan bij de gratie van het succes of het falen van de partner. De drinkende partner fungeert als de barometer voor de gevoelens en gedragingen van de niet-drinker.
Het gebruik of het stoppen met drinken wordt ook voor de niet-drinker een persoonlijke investering, waar steeds meer energie in gestopt moet worden. Immers, hij of zij denkt de ander te kunnen 'helpen' en gelukkig te kunnen maken. Eigen behoeften worden verdrongen of genegeerd en de verantwoordelijkheid voor de behoeften van de ander komt ervoor in de plaats.

Kinderen houden greep op de situatie door, als daar aanleiding toe is, heel veel verantwoordelijkheid naar zich toe te trekken, snel veranderende situaties op te vangen, snel van kindgedrag naar oudergedrag over te schakelen en aldus ook andermans handelen te manipuleren. Een voorbeeld is het kind, dat net op het juiste moment, nog vóór de ouder weer gaat drinken, iets gedaan weet te krijgen wat onder normale omstandigheden niet gelukt zou zijn.

De behoefte ontstaat om de gevoelens en wensen, die niet aan de oppervlakte mogen komen, te beheersen. Dit kan een pijnlijk gevoel van wanhoop en hulpeloosheid zijn, een diepe behoefte aan werkelijke aandacht en genegenheid, of een heftige innerlijke angst om verlaten te worden of alleen te zijn. De leegte die ontstaat door niet aan de eigen behoeften gehoor te geven, kan door het uiten van zulke gevoelens worden opgevuld.
We zullen dit ontkennen van de eigen behoeften om zich met anderen verbonden te voelen als een noodsignaal moeten opvangen.

Schuld en schaamte

Als het niet lukt de drinker te veranderen, denken de gezinsleden dat zij daaraan zelf schuld hebben, of ze wijzen naar anderen.
Door het controleverlies over het drankgebruik van de ouder worden kinderen in een vernederende positie gebracht. Ze worden soms in het openbaar voor gek gezet. De kinderen schamen zich voor zijn gedrag. Ze voelen zich het mikpunt en denken dat zij slecht zijn of schuld hebben aan het gdrag van hun ouders. De schuldgevoelens leiden op hun beurt weer tot groot isolement van het hele gezin.
Degenen die er zonder veel kleerscheuren af lijken te komen, blijven toch zitten met een schuldgevoel; waarom gaat het mij goed en de ander(en) niet? Ze kunnen moeilijk het huis verlaten en zich van thuis losmaken, zolang de

achterblijvers in de problemen zitten. Er is als het ware een ongeschreven wet: 'Niemand mag gezonder zijn dan het 'zieke' gezinslid' (Brown, 1988).

Gezinsgeheim

De leden van het gezin bewaren allen, om het gezin bijeen te houden – het geheim van het drinken. Ze doen dit door het probleem te ontkennen. Ze houden zich aan sterke geboden om niet de vuile was buiten de deur te doen, en anderen niet in vertrouwen te nemen. Gezinsleden, die deze code toch doorbreken, lopen het risico uit het gezin verstoten te worden (wat in veel gevallen ook positieve gevolgen kan hebben). Ze worden gezien als verrader.

Overmatige waakzaamheid en wantrouwen

Kinderen hebben ouders nodig die ze kunnen vertrouwen, die open en eerlijk tegen ze zijn. Aan vertrouwen ontlenen de kinderen hun gevoel van veiligheid en eigenwaarde. Hierdoor voelen zij zich geliefd en belangrijk.
In gezinnen met alcoholproblemen hebben de kinderen daarentegen geleerd om zichzelf te 'redden' en anderen niet te vertrouwen. Openheid en oprechtheid, nodig om harmonisch op te groeien, ontbreken steeds meer naar mate het drinkpatroon zich voortzet. De drinker trekt alle aandacht naar zich toe. De ouder die niet drinkt en het kind de pijn wil besparen door het probleem te omzeilen, kan daardoor ook niet eerlijk zijn.
Deze kinderen worden opgevoed met de boodschap: 'Er is hier niets aan de hand', terwijl ze zien dat er iets mis is. Ze kunnen nooit op hun gemak vriendjes mee naar huis nemen; de drinkende ouder kan onvoorspelbaar reageren of hen lichamelijk of geestelijk iets aandoen.
Het steeds op handen zijnde gevaar en de dagelijkse routine die ieder moment verstoord of omgegooid kan worden, maken dat ieder voortdurend op zijn hoede is en de situatie met een diep gevoel van wantrouwen in de gaten houdt. En als er momenten zijn dat ze wèl zorg en aandacht krijgen dan vertrouwen ze het niet meer. Te vaak werden beloften verbroken.
Op de chaos die de verslaafde teweeg brengt moet je snel en uiterst gevoelig kunnen reageren. De kinderen schakelen een 'automatische' piloot in wanneer ze zich voortdurend bedreigd voelen. Dit gaat door tot in de volwassenheid, ook al is het gevaar dan allang geweken. Deze gedragsvorm, die inhoudt dat de kinderen permanent voorbereid zijn op mogelijke catastrofes is moeilijk te stoppen. Ook in latere levensfasen leven de kinderen met de boodschap: 'Vertrouw niemand, ook jezelf niet.'

Alles of niets patroon

Er is sprake van zwart-wit denken: Iemand is helemaal goed òf totaal fout; geheel te vertrouwen of juist helemaal niet. Er ontstaan geen relaties waarin overleg, onderhandeling en compromis mogelijk zijn; fouten mogen niet gemaakt worden. Dit conflict ontstaat door de behoefte zich enerzijds met het gezin van herkomst te identificeren en anderzijds door de buitenwereld 'normaal' gevonden te worden, ook al beseffen ze dat het in hun eigen gezin anders toe gaat dan ergens anders.

Onvoorspelbaarheid, inconsequent gedrag van de ouders – verwarring bij het kind

Over het onduidelijke ouderlijke gezag en de regels bestaat in gezinnen met alcoholproblemen veel verwarring. In de periode dat de vader of moeder drinkt mag het kind bijvoorbeeld zo laat thuis komen als het zelf wil; de ouder heeft het te druk met zichzelf om nog op discipline te letten. Zodra hij met drinken is gestopt, is de kans groot dat hij zich schuldig gaat voelen over de verwaarlozing van de kinderen. Ook kan het zijn dat hij zich echt bezorgd voelt over het kind, en zo nodig zal hij nieuwe regels en afspraken maken. Hiertegen zal het kind zich verzetten: het moet weer klein worden. Dit is een moeilijke teruggang, moeilijker dan het vertonen van het 'ouder'-gedrag in tijden dat er veel gedronken wordt.
Het kind kan moeilijk zijn verworven zelfstandigheid en zijn verworven rechten weer afstaan als de ouder de zaken weer zelf gaat opknappen. Dit geeft aanleiding tot conflicten.
De regels en rollen wisselen dus steeds en worden onduidelijk. Ook het onderscheid tussen de generaties is niet meer duidelijk. Het gezin wordt steeds chaotischer. Kinderen gaan twijfelen aan hun eigen waarnemingen en aan zichzelf. Ze leren minder goed de gevolgen van hun eigen gedrag te overzien. Door de inconsequente houding van de ouders – de ene keer zeer autoritair en de andere keer heel toegeeflijk; het kind verwaarlozen of juist heel streng aanpakken – ontstaan autoriteitsproblemen. Wat vandaag mag, is morgen verboden. De chaos, onvoorspelbaarheid en tegenstrijdigheid kunnen door het kind als kenmerkend voor de 'normale' situatie worden gezien.
De drinkende ouder gedraagt zich als een onverantwoordelijk kind. De niet-drinkende ouder en kinderen nemen diens taken over. De mogelijkheid tot identificatie ontbreekt, en er is sprake van slecht voorbeeldgedrag.
De niet-drinkende ouder wordt vader èn moeder; het kind wordt beurtelings ouder, echtgenoot en kind. Een kind kan dit niet aan. Het wordt door de onduidelijke grenzen heen en weer geslingerd. Iedere verandering wordt als nieuwe bedreiging opgevat. De wereld wordt hierdoor gesplitst in vriend en vijand.

Als regels en rollen voortdurend wisselen kan het kind niet aan zijn eigen innerlijke ontwikkeling toe komen.

Spanningen

De gezinsleden leven voortdurend met de spanning van het geheim en de angst voor ontdekking. Hierdoor projecteren ze vijandelijke gevoelens op de buitenwereld. Spanningen worden afgereageerd met woedeuitbarstingen en geweld. Er wordt dus steeds een oplossing gezocht door gedragingen die even de spanningen doen verminderen, in plaats van het drinken aan te pakken.

Posttraumatische stressstoornis, mishandeling en sexueel misbruik

Velen van de kinderen hebben psychische problemen die doen denken aan posttraumatische stressstoornis. Deze stoornis komt voor bij mensen met een normale afweer, die gedurende lange tijd zijn blootgesteld aan trauma's die vallen buiten hetgeen dat als normaal wordt beschouwd. Posttraumatische stressstoornis ontstaat wanneer deze trauma's chronisch en van menselijke aard zijn, en binnen een gesloten sociaal systeem worden ondergaan. Deze stoornis werd voor het eerst als zodanig waargenomen bij Vietnam-veteranen.
Door een gebeurtenis die aan het oorspronkelijke trauma herinnert, wordt de oorspronkelijk ervaring – die geheel verdrongen kan zijn – opnieuw beleefd, met alle gevoelens, gedachten en gedragingen van toen. Ook worden alle overlevingsstrategieën van toen weer ingeschakeld, hoewel die nu niet meer functioneel hoeven te zijn. Zoals: je voortdurend bezighouden met anderen en hùn behoeften, voor anderen steeds grotere inspanningen willen verrichten, et cetera.
Kinderen kunnen om trauma af te weren de informatie vervormen en herdefiniëren of helemaal buitensluiten. Dit brengt met zich mee dat ze ook hun gezonde nieuwsgierigheid afsluiten en niet op eigen zintuigen en perceptie durven vertrouwen. Ze beleven daardoor alles als niet echt.
Symptomen die beschreven worden als effecten van deze stoornis en die vergelijkbaar zijn met de effecten van opgroeien in een gezin met alcoholproblemen zijn:
– nachtmerries,
– slapeloosheid,
– chronische symptomen van acute angsten,
– depressie.

Het komt frequent voor dat de kinderen (vooral meisjes) van aan alcoholverslaafde ouders sexueel zijn misbruikt of mishandeld. Mogelijk is er in 50

procent van de gevallen van incest sprake van alcoholgebruik of -misbruik. Deze kinderen hebben het idee dat ze het 'verdiend' hebben om zo behandeld te worden, of dat ze het zelf hebben veroorzaakt. Ze stellen zich daarbij op de plaats van de ouder, c.q. de dader, en identificeren zich met diens frustraties en teleurstellingen. Ze geloven niet dat ze recht hebben op een respectvolle behandeling en durven er ook in therapie in het begin nog niet over te spreken.

'Het zusje van Thea wil niet meer met haar praten omdat Thea zich gebeurtenissen uit hun jeugd, waarin ze beiden sexueel misbruikt werden, steeds beter herinnert. Haar zusje wil als het even kan het verleden 'begraven houden.'

Verslaafd aan de verslaafde?
Den Bakker J.K, 1997, pag 10-24

2. VERHALEN

Mensen die kinderen of een partner hebben die verslaafd is, hebben heel wat te stellen. Dat blijkt uit de twee verhalen hieronder. Ik laat eerst twee ouders die een drugverslaafde zoon en dochter hebben aan het woord. Daarna vertelt een partner van een verslaafde haar verhaal. Om privacyredenen heb ik de namen veranderd.

Onze kinderen zijn verslaafd
Onze kinderen groeiden op in een tijd waarin wij van toeten nog blazen wisten. Een glaasje sterke drank schonk je alleen bij speciale gelegenheden. Je las wel over verslaving in de krant maar je dacht, dat gebeurt alleen bij anderen. Toch zijn onze twee kinderen verslaafd geraakt, onze zoon Wilco en onze dochter Gera. Het begon met onze zoon.
Wilco kwam in aanraking met hasj toen hij dertien was. Hij was daarvoor verhuisd naar de lom-school vanwege leermoeilijkheden door een kleine hersenbeschadiging bij de geboorte. Daar werd hasj door een leraar gebruikt en gepropageerd. Wij hadden dat toen niet in de gaten en wisten nauwelijks wat het was. Pas later bleek dat hij toen met hasj experimenteerde en het geld hiervoor verkreeg door soms een brommer te stelen.
Toen hij veertien was en op de LTS zat, kwam hij in contact met een autosloper-reparateur-handelaar. Deze kwam bij ons heel vertrouwenwekkend over. En wij stemden toe dat Wilco buiten schooltijd klusjes voor hem deed waarvoor hij zakgeld kreeg. Dit trok hem wel aan, want auto's waren zijn hobby. Hij leerde hiervan en kreeg daar op een terrein lessen in autorijden. Pas vele jaren later kwam in de afkickkliniek naar buiten hoe wij door deze persoon om de tuin waren geleid. Jarenlang bleek hij Wilco seksueel te hebben misbruikt tegen verstrekking van hasj en bier en onder bedreiging dat hij ons iets zou aandoen als hierover ooit iets naar buiten zou komen. Deze traumatische ervaring uit zijn puberteit achtervolgt hem nog steeds.
Waren het oorspronkelijk brommerdiefstallen, daarna brak hij met regelmaat auto's open, en ging onder invloed joyriden, maakte ongelukken, pleegde winkeldiefstallen en was een tasjesdief. Wij kregen hiervoor regelmatig de rekeningen gepresenteerd. Hij kwam vaak in aanraking met de politie. Op zijn zestiende veroordeelde de kinderrechter hem tot drie maanden opsluiting in een jeugdgevangenis. Daar ontmoette hij jongelui van hetzelfde kaliber.
Ofschoon de ernst van de zaak ons duidelijk was, dachten wij het daarna toch wel in de hand te kunnen houden. Het advies van de rechter de opsluittermijn te verlengen stond ons tegen. Wij hadden daarvoor al diverse hulpverlenende instanties met Wilco afgelopen en maakten nieuwe afspraken.
Toch is het hierna steeds verder bergafwaarts gegaan. De combinatie van hasj en alcohol gooide alle remmen bij hem los. Inmiddels bleek hij ook harddrugs te gebruiken en was al veel verder heen dan wij wisten. Zijn crimineel gedrag verergerde. Het kwam steeds vaker tot veroordelingen en boetes. Wilco was achttien toen hij voor de keuze werd gesteld of detentie of afkicken bij de Jellinekkliniek in Amsterdam. De spanningen in het gezin waren inmiddels zeer hoog opgelopen. Na een jaar kwam Wilco weer thuis wonen. Hij was toen clean.

Het leek aanvankelijk beter te gaan. Hij liep mee in een nazorgprogramma van Progein, waar hij kluste. Hij had daarna zelfs baantjes die helaas nooit langer duurden dan enige weken. De verslaving en zijn crimineel gedrag namen geleidelijk weer de overhand. Hij ging zijn verslaving gebruiken als argument om niet te werken. Hij vond ons veel te streng en wilde zelfstandig gaan wonen om zo een uitkering te krijgen. Gezien alle spanningen in het gezin

was dit toch al bijna onontkoombaar. Hij kreeg een nieuw opgeleverde tweekamerwoning toegewezen via 'Hulp Voor Onbehuisden' (HVO). Wij boden hem hulp bij de inrichting hiervan om goed van start te kunnen gaan. Binnen twee jaar was deze woning veranderd in een puinhoop. Alles wat los en vast zat was vernield. Tijdens een periode van detentie liet de verhuurder de woning ontruimen, mede door aanhoudende klachten van omwonenden. Hij was toen 22.

Wij namen hem tijdelijk weer in huis. Hij kreeg, weer via HVO, een gerenoveerde woning in een oude stadswijk. HVO ging zijn uitkering beheren, zorgde voor de betaling van de vaste maandelijkse lasten. Wat hierna overbleef voor levensonderhoud kon hij daar halen in wekelijkse porties. Na enige tijd stopte HVO hiermee omdat Wilco tenslotte bijna dagelijks bij hen op de stoep stond om voorschotten en dreigde de ramen te zullen ingooien als dit werd geweigerd. Hij kwam dan weer bij ons om geld. Wij hebben toen deze functie van HVO op ons genomen. Wij bezochten hem regelmatig om zijn geld te brengen. Even ging dat wel goed, maar steeds vaker gebeurde het dat zijn weekgeld nog dezelfde dag erdoorheen was. Dan belde hij 's avonds op: 'Ik heb nog voor zoveel van je tegoed en dat moet ik nu hebben.'

Ik heb dat vijf jaar kunnen volhouden. Het kwam erop neer dat ik vaak twee à drie keer per week op en neer moest rijden. Wij wonen inmiddels buiten de stad. Af en toe brachten wij hem levensmiddelen, maaltijden, kleding of huisraad, want hij zat bijna voortdurend zonder. Als al zijn schulden waren afgelost dan deed hij weer rare dingen en zat zo weer voor duizenden guldens in de schuld. Ik besloot te stoppen, want feitelijk waren wij bezig zijn verslaving in stand te houden. Nu zorgt de sociale dienst voor het beheer van zijn uitkering.

Hij bleef continu om geld aankloppen. 'Als je vandaag niets brengt, dan ben ik er morgen niet meer.' Hij heeft doorlopend schulden die hij zelf niet eens meer kan overzien. Schuldeisers dreigen voortdurend met beslag of woninguitzetting. Ook bij dealers heeft hij schulden. Hij kan drugs op krediet krijgen. Een week later staan ze dan met een pistool voor zijn deur om geld op te eisen. Hij heeft wel eens een kogel langs zijn hoofd gekregen. Zijn hele slaap opengehaald. Wat moet je dan als ouders? Dan schoten we hem die duizend gulden weer voor.

De telefoonterreur. Besef van tijd heeft hij nauwelijks. Toen hij nog een telefoon had, belde hij ons overdag en 's nachts op voor geld en andere problemen, wel vier of vijf keer per dag. Scheldpartijen en verwijten als je weigerde. Hij wist bij elk telefoontje niet meer dat hij al eerder gebeld had en viel dan steeds in herhaling. 'Kom me halen, ik ben gewond, ik word bedreigd, ik lig in het ziekenhuis, ik ben opgepakt, ik zit op het politiebureau, of ik heb dagen niets te eten, etcetera.' Nu heeft hij gelukkig geen telefoon meer, daardoor hebben wij meer rust.

Wilco is nu ruim dertig jaar, maar is door zijn verslaving nooit volwassen geworden. Het lukt nooit om hem aan te spreken op zijn eigen verantwoordelijkheden. Hij beroept zich op zijn verslaving en meent dat wij hem moeten accepteren zoals hij is. Hij vindt zelfs dat wij zijn verslaving dienen te bekostigen, aangezien hij zichzelf niet gemaakt heeft. Als wij iets voor hem regelen op zijn verzoek, dan verwijt hij ons later dat we hem als een klein kind behandelen. Weigeren we iets voor hem te doen wat hij best zelf kan, dan verwijt hij ons dat we hem in de steek laten. Hij is overwegend depressief en zijn emoties ontladen zich veelal in huilbuien of agressie. Het is heel moeilijk om een redelijke relatie met hem te onderhouden. Zodra je hem een vinger geeft, neemt hij je hele hand. Hij weigert nu elke behandeling tegen zijn verslaving en depressiviteit.

Naast harddrugs gebruikt hij seresta, methadon, rohypnol met veel alcohol en wie weet wat nog meer. Hij wordt vreselijk agressief als hij drinkt. Dat is de reden dat wij hem de laatste jaren niet meer uitnodigen op verjaardagen en feestdagen. Dit liep eerder uit de hand doordat hij al zwaar onder invloed aankwam. Hij ging zitten lallen tegen

familie of vrienden. Die kennen de situatie wel, maar dan voel je je toch opgelaten. Als je hem vroeg ging halen dan had je nog kans dat hij redelijk nuchter was. Wel gingen de pillen mee, want daar kon hij niet buiten. Op die manier verliep een moeder- of vaderdag of een halve kerstdag wel eens redelijk. Naarmate de dag vorderde en er een pilsje of borreltje werd geschonken, wilde hij altijd doorgaan. Wij hebben hem wel eens op een oudejaarsavond opgehaald en hem twee uur later weer teruggebracht. 'Sorry jongen, maar dit gaat zo niet.' Later zegt hij dat het hem spijt, maar lokt direct hierna opnieuw een woordenwisseling uit, door in het verleden te blijven graven en met verwijten te komen. Wij gunnen hem zo graag een pleziertje bij een familiefeestje en dergelijke. Toch zien we er tegenop om hem hierbij te betrekken.
Door zijn asociale en agressieve gedrag heeft iedereen zich van hem afgekeerd. Hij is eenzaam. Ons grootste verdriet is het besef dat ons kind ongelukkig en alleen is en dat we vrijwel machteloos staan. Zijn lichamelijke en geestelijke toestand is het dieptepunt genaderd. Het is triest te zien wat er van hem geworden is. Ofschoon wij zijn gedrag en manier van leven verafschuwen, zijn wij toch op een bepaalde manier van hem blijven houden zoals hij was en in wezen nog steeds is. Hij is diep verborgen een gevoelig mens met artistieke kwaliteiten. Meerdere lotgenoten uit zijn jeugd en omgeving die wij persoonlijk kenden hebben het niet gehaald. Dit angstbeeld beheerst ons leven.

Onze dochter Gera groeide op als een levenslustig, innemend en intelligent kind. Zij ging naar dezelfde scholengemeenschap als haar broer Wilco, die twee klassen hoger zat. De meeste kinderen kenden elkaar van school of omdat ze in dezelfde buurt woonden en vormden hechte groepen. Ze wisten veel over elkaars doen en laten. Als haar broer iets had uitgehaald, wist zij dit al gauw. Maar zij mocht het niet aan ons vertellen. Dit bracht Gera in een moeilijke positie, want zij was van nature altijd zeer open tegenover ons, in tegenstelling tot haar broer.

Toen Gera elf was kreeg ze reuma. Vanwege de heftige pijnen kon ze soms dagen haar bed niet uit, maar ze was keihard voor zichzelf en zodra het enigszins kon, ging zij weer naar school. Ze wilde beslist niet dat haar ziekte bij de buurtgenootjes of op school bekend werd en verstopte het zoveel mogelijk.
In die tijd gebeurde het regelmatig dat Wilco niet thuis kwam en door de politie was opgepakt. De ruzies en maatregelen die hierop volgden, gaven enorme spanningen in het gezin. Gera heeft hier erg onder geleden. Zij stond volledig achter onze houding tegenover Wilco. Ze nam hem zeer kwalijk wat hij met zijn gedrag veroorzaakte. Geleidelijk aan werd de relatie tussen hen slechter en is tot op heden slecht gebleven, hoewel zij hem nooit helemaal heeft laten vallen.
Toen Gera vijftien was en op de havo zat, kreeg zij verkering met een wat oudere vriend. Ofschoon wij haar veel te jong vonden, stemden wij uiteindelijk toe om kennis te maken met haar vriend. Ze waren smoorverliefd op elkaar en hij zag er goedverzorgd uit, hoewel wat bleekjes. Voorts viel op dat hij regelmatig op zijn stoel in slaap viel en maar weinig at. Pas achteraf bleek dat hij al jong verslaafd was geraakt, een afkickprogramma had gevolgd en aan de methadon was. Met Gera was er nog niets aan de hand behalve haar reuma. Toen wij erachter kwamen, vroegen wij Gera: 'Waarom doe je dit in godsnaam, weet je wel waar je aan begonnen bent?' Waarop zij antwoordde: 'Ik wil proberen hem clean te houden en hem te helpen. Je kunt mij vertrouwen, ik zal nooit zelf gaan gebruiken.'
Deze verkering heeft nog anderhalf jaar geduurd voordat zij het zelf heeft uitgemaakt. De vriend is twee jaar geleden overleden aan de gevolgen van zijn verslaving.
Gera is het huis uitgegaan toen zij achttien was en in de hoogste klas van de havo zat. Ze wilde met een vriendin op zichzelf wonen. Zij voelde zich verstikt door de spanningen die de zorg om Wilco thuis met zich meebrachten. Wij konden haar niet tegenhouden want ze heeft

een enorme eigen wil. Ze gebruikte geen drugs en haar vriendin ook niet. We bezochten haar regelmatig en hielpen haar alles op poten zetten. Ze maakte haar studie niet af. Door haar ziekte kreeg zij een AAW-uitkering. Ze hoefde dus niet te werken en wilde genieten. Wij waarschuwden haar dat een leven zonder doel haar geen goed zou doen, maar zij was van mening dat dit later wel zou komen.

Na een nieuwe liefdesrelatie die uitging, begon het slecht te gaan met Gera. Ze had veel verdriet en begon heroïne te gebruiken. Daarna gebruikte ze ook cocaïne en rohypnol. Ze dacht haar gebruik wel in de hand te kunnen houden, maar raakte ernstig verslaafd, ook aan alcohol.

Met tranen van spijt vertelde ze ons over haar verslaving op de dag dat wij vijfentwintig jaar getrouwd waren. Ze was toen eenentwintig en ten einde raad. Op die dag stortte onze wereld volledig in.

Nu is zij al twaalf jaar verslaafd maar zij heeft zich nooit als junk willen zien. Ze bleef over het algemeen haar huisje redelijk in orde houden en probeerde zichzelf ook uiterlijk te blijven verzorgen, dit in tegenstelling tot Wilco, die uiterlijk het prototype van een verslaafde is. Met lede ogen zagen wij ook bij haar de verloedering toenemen.

Gera heeft diverse relaties gehad die vrijwel allemaal met drugs te maken hadden. Evenals bij Wilco werden wij nu ook voortdurend met de nevenverschijnselen van drugverslaving geconfronteerd, zoals chronisch geldgebrek, schulden, winkeldiefstallen, veroordelingen, boetes, schades en ziekten.

Gera heeft het moeilijk gehad. Meerdere malen heeft zij afkickprogramma's doorlopen. Vele malen hebben wij haar thuis opgenomen in periodes waarin het slecht met haar ging. Twee keer heeft zij een poging tot zelfdoding gedaan en is zij uit de dood teruggehaald. Ze is in haar verslaving altijd redelijk tegenover ons gebleven. Als ze bij ons is, is zij altijd wel gezellig. Soms geeft dat wel eens een tweestrijd bij jezelf. Omdat je twee kinderen hebt met totaal tegengestelde karakters, ben je al gauw geneigd de een ook anders te benaderen dan de ander. Wilco meent dat Gera altijd wordt voorgetrokken.

Bijna een jaar geleden heeft zich in Gera een totale ommekeer voltrokken, waar wij dolblij mee zijn. Ze zat toen in zo'n dal dat zij alleen nog kon kiezen: erop of eronder. Zij heeft opnieuw en op eigen initiatief een kort afkickprogramma gevolgd en heeft geleidelijk de methadon afgebouwd. Ze is nu acht maanden clean en heeft ondertussen diverse studies onder handen. Ze heeft goede plannen voor de toekomst. Wij hopen zo dat het haar dit keer zal lukken en beschouwen dit wonder als iets om ons aan vast te kunnen houden.

Het is niet gemakkelijk voor ons om alle gebeurtenissen van de laatste twintig jaar weer bewust naar boven te halen. Het maakt alle emoties los die we in die periode moesten doorleven. Gevoelens van vertwijfeling, bezorgdheid en angst. Tegenstrijdige gevoelens van medelijden en woede, vertrouwen en wantrouwen, hoop en wanhoop, vreugde en verdriet. Ook voert het ons terug naar alle slapeloze nachten, met knagende twijfel of we het wel goed deden.

Het is een heel proces waar we doorheen moesten. De eerste vijf tot tien jaar bleven we hopen en vertrouwen dat het uiteindelijk goed zou komen. Toen besloop ons langzamerhand de twijfel of genezing na zo'n langdurige verslaving wel mogelijk is. Familie en kennissen adviseerden ons: verbreek alle contacten en laat ze niet meer binnen. Maar dat kun je gemakkelijk zeggen als je er verder van af staat. Je kinderen laat je niet zo makkelijk in de steek.

Wij zijn toch steeds redelijk optimistisch door het leven blijven gaan. Totdat ik het drie jaar geleden niet meer aankon. Ik was op en kon niet meer geven. Door alle twee. Hoop die steeds weer de bodem wordt ingeslagen, werkt verlammend en eist z'n tol. Ik bouwde een muur om me heen en liep een enorme deuk op. Het was alsof er eelt op mijn ziel was gegroeid. Ik voelde me niet meer in staat om

mijn werk nog te doen, en kreeg overal lichamelijke klachten en voelde me totaal op. Ik ben toen voor hulp naar stichting De Regenboog gegaan.
Sindsdien hebben wij wat meer afstand van de kinderen genomen, zowel letterlijk als figuurlijk. Dit werkt goed. Het zijn tenslotte volwassenen. Waarschijnlijk hadden wij dat jaren eerder moeten doen. Ze moeten nu zelf oplossingen vinden voor hun problemen. De ervaring leert dat ze daar op een of andere manier toch in slagen. Voorheen legde Wilco het probleem altijd bij ons neer. Hielp je hem dan stond hij de volgende keer weer op de stoep met een ander probleem. Nu moet hij het zelf oplossen, al gebeurt dat vaak niet zo elegant.
Mijn man kan hier nog steeds niet tegen. Als hij weet dat Wilco zonder eten zit, voelt hij zelf de honger en smaakt het hem niet meer. Dan belt hij soms een kennis in Amsterdam en vraagt of die honderd gulden wil voorschieten en naar Wilco wil brengen. Mijn man stort dan weer op de rekening van die kennis. Van Wilco horen we dan vaak niets meer. Geen bedankje. Waarschijnlijk voelt hij zich toch in de steek gelaten.
Overigens hebben mijn man en ik altijd op *één* lijn gezeten in onze houding ten opzichte van de kinderen. We hebben elkaar door dik en dun gesteund. Dit heeft ons er doorheen geholpen. Wel blijven we altijd zoeken waar het mis is gegaan. We vragen ons af of het wel verstandig is geweest om steeds voor hen de kastanjes uit het vuur te halen. Bleven de verslavingen daardoor makkelijker in stand?
Ons levensboek vult hele hoofdstukken met zwarte bladzijden. We kunnen die helaas nooit meer herschrijven. Maar ons leven gaat door en is relatief kort. Misschien hebben we nog tien kwalitatief goede jaren. Daarin willen wij ook aan onszelf toekomen. Wij mogen ons die niet laten afnemen. Kees is nu 64. Het wordt wel tijd om in een rustiger vaarwater te belanden. De liefde voor onze kinderen zal hierdoor zeker niet verminderen...

Mijn man is verslaafd...
Toen ik zes maanden zwanger was van mijn eerste kind heeft mijn man mij verteld dat hij verslaafd was aan drugs. Ik wist niets van drugverslaving af. Hij vertelde dat hij er al vanaf zijn achttiende jaar mee kampte. En toen hij mij leerde kennen was hij vier jaar 'clean', in de zin dat hij een halve methadon per dag nam en dat hij zich met alcohol staande hield. Ik heb hem alleen cassis of appelsap zien drinken. Hij kon het goed verbergen.
Een week voor kerst was het. 'Ik ben opnieuw aan de drugs.' Het was net of ik een muur om me heen bouwde. Ik dacht: 'Ik moet mijn kind beschermen.' Ik was verbaasd, maar het drong niet tot me door. Hij zei: 'Geef me even 25 gulden dan koop ik methadon en dan kom ik het weekeinde door. Maandag ga ik naar de huisarts.' Ik heb hem toen 25 gulden gegeven en ben naar bed gegaan. Ik heb hem vijf dagen niet meer teruggezien. Na drie dagen heb ik zijn moeder gebeld en die zei: 'Wat erg zeg, is hij weer bezig?' Na vijf dagen stond hij opeens weer voor de deur. Huilen. Hij zag het niet meer zitten. Hij was bij een vriend geweest en was daar afgekickt. Ik ben er ingetuind. Ik had er helemaal geen verstand van. Hij was helemaal niet afgekickt.
Toen ik uit het ziekenhuis kwam na de bevalling van mijn eerste kind heeft hij me niet opgehaald. Er lag een brief thuis dat hij voorlopig weg was om voorgoed af te kicken. En verdere berichten zouden wel komen. 's Avonds werd er om zes uur aangebeld. De bloemist stond voor de deur met een hele grote plant en een doos bonbons. Ik wist niet waar hij was en dat kon me niet veel schelen. Het was alsof ik in een soort roes leefde. Daarna kwam hij wel, maar ik zag helemaal geen verandering.
Ik vroeg hem om een keer op te passen, omdat ik naar het ziekenhuis moest. Hij paste een uurtje op. Toen ik thuis kwam ging hij meteen weg. Een week later kreeg ik de afschriften binnen van mijn bank. Het bleek dat hij mijn bankkaart heeft weten te vinden in dat uurtje oppassen. Hij was achter de pincode gekomen. In mijn agenda

stonden zeven nummers. Die heeft hij gevonden en overgeschreven en geprobeerd. Hij heeft mazzel gehad want je kunt het maar drie keer proberen. In een week tijd had hij er 3500 gulden uitgehaald. Toen ben ik onmiddellijk naar de bank gelopen, heb de rekening geblokkeerd en aangifte gedaan bij de politie.
Op een gegeven moment stond hij volkomen uitgemergeld voor mijn deur. Toen zei ik: 'Ik ben geen onmens. Binnenlaten doe ik je niet meer want je hebt mijn vertrouwen zo beschaamd. Je kan brood en koffie krijgen op de trap.' Ik voelde me afschuwelijk.
Hij is de kliniek ingegaan voor zeven maanden. Daarna werd ik weer geconfronteerd met een normale man. Op 14 februari haalde ik hem op uit de kliniek en 2 maart was mijn dochter jarig. Op haar verjaardag schudde zijn zus met haar hoofd: er klopt iets niet. Op 15 maart werd mijn dochter gedoopt en toen zag ik dat hij zijn ring niet meer had: naar de lommerd.
Anderhalf jaar later was ik met een paar vriendinnen uit en niet op tijd thuis. Hij heeft een zootje valium ingenomen en een halve fles vieux leeggedronken. Toen heeft hij de hele woning verbouwd en is weggelopen. Ik kwam thuis, alle lichten waren aan, de deur stond open, de video zat onder de boter, tomaten en champignons. Alle videobanden stuk getrapt. Er lag een brief op tafel: hoe ik de gore moed had om om twee uur nog niet thuis te zijn? 'Ben jij nou een moeder van een kind? Slet!' Ik heb al zijn kleren zo bij de vuilnisbak gezet. Toen heb ik een hele tijd geen contact meer met hem gehad. Dat was vier jaar geleden.
Ik dronk nog wel eens een borreltje mee, omdat ik er niet meer tegen kon. Dan komt alles boven. In plaats dat je redelijk met elkaar praat, komen alleen frustraties naar boven. Ik begon steeds meer te drinken en na een vreselijke kater dacht ik: 'Waar ben ik nu mee bezig? Zo krijgt hij het inderdaad voor elkaar dat ik meegesleurd word in een verslaving.'
Op een gegeven moment kreeg ik lichamelijke klachten. Ik had ook last van hyperventilatie en doodsangst. Van de huisarts kreeg ik pillen tegen angst: sanax. Op een gegeven moment wilde ik weer van die pillen af. Het was net als een junk die afkickt. Ik raakte heel geïrriteerd. Ik voelde me als een tijger in de kooi: onrustgevoel en kramp. De pillen had ik zondag weggegooid. Dinsdagochtend ben ik weer naar de huisarts gegaan. Ik kon haast niet geloven dat mijn huisarts mij zoiets verslavends zou geven.
Mijn tweede dochter is thuis geboren. Ze was zevenentwintig dagen oud toen mijn man mijn andere dochter naar school bracht en niet meer kwam opdagen. De vierde dag ben ik in elkaar geklapt. Ik wist het echt niet meer. Ik gaf borstvoeding en zij kwam midden in de nacht. 's Ochtends moest ik de andere naar school brengen. Dat was drie dagen goed gegaan, tot de dag van het schoolreisje, toen heb ik me verslapen. De vrijdag daarop heb ik stichting De Regenboog gebeld. Het telefoonnummer had ik al een jaar liggen, uit de krant. Ik wist het niet meer. Ik was zo kwaad dat ik dacht: 'Hoe kan ik jou nu flikken wat jij anderen flikt?'
Hij is daarna toch weer teruggekomen. Iedere keer belooft hij beterschap. Als hij naar de kliniek gaat zegt hij: 'Ik beloof dat wanneer ik eruit kom ik de beste vader van de wereld zal zijn.' Steeds trap ik er weer in. Je kan het vergelijken met het rouwproces waar je doorheen moet als je man overlijdt. Je bent hem kwijt. Op een gegeven moment wordt het verdriet iets zachter. Dan komt hij terug en een paar maanden later ga je weer door dat rouwproces heen. Als je denkt dat je er aan gaat wennen dan kom je bedrogen uit. Ik raakte uitgeput.
Anderen zagen wel wat er aan de hand was, maar ik zag het niet. Alles wat ik normaal en abnormaal vond ging op zijn kop staan. Omdat het zo geleidelijk gaat werden mijn eigen grenzen verlegd. Ik zag het pas toen het extreem werd. Bijvoorbeeld. Mijn man komt een hele nacht niet thuis. Drie uur 's middags komt hij thuis en zegt ik moet even een uurtje liggen hoor want ik ben kapot. Ik ga dan eerst de twee huilende kinderen te eten geven zodat ze

hem niet kunnen storen. Ik maak hem dan om zeven uur voorzichtig wakker en vraag of hij wat wil eten. Pas toen mijn hulpverlener zei: 'Hij heeft het wel getroffen!' zag ik het absurde van de situatie in.
Geld is altijd een probleem geweest. Hij heeft een keer tien gulden uit de kinderspaarpot gehaald en er een briefje van 1000 lire ingestopt. Die spaarpot kan je niet open maken die moet je stukgooien. Hoe hij het voor elkaar heeft gekregen om dat tientje eruit te halen weet ik niet. Ik vind het afschuwelijk dat zelfs de spaarpot van zijn eigen kinderen niet veilig is.
Als ik hem geld geef om shag te kopen dan zeg ik erbij: 'Als je hier geen shag voor koopt, is het jammer voor je.' Hij koopt dan geen shag en zegt 's avonds: 'Nu moet ik shag hebben.' Ik pak dan *f* 6,50 uit mijn portemonnee en zeg: 'Loop dan naar die tabakszaak en haal dat pakje shag.' Zo bouw ik enorme woede op.
Een keer haalde hij geld uit mijn tas. Ik werd zo vreselijk kwaad dat ik zei: 'Als je nog een keer in mijn tas zit steek ik je met een mes.' Mijn oudste dochter hoorde dit en de volgende morgen vloog ze naar mijn slaapkamer, greep mijn tas en zei: 'Mama alsjeblieft hier is je tas. Papa slaapt nog en als je de tas wegstopt, kan hij geen centjes pikken wanneer hij wakker wordt, want ik wil niet dat mama papa doodmaakt.'
Mijn kinderen proberen mij onder druk te zetten dat papa weer thuis mag komen. Iedere dag. Het begint 's morgens met opstaan en eindigt met naar bed brengen. Ik mag geen verhaaltje voorlezen, want dat kan papa beter. 'Papa pakt nooit meer wat weg dat heeft hij tegen mij beloofd.' Ze begrijpt niet waarom die stoute mama papa er niet meer in wil hebben: 'Als papa hier niet meer mag wonen dan ga ik bij papa wonen. Iemand moet voor hem zorgen.'
Ik zou dan tegen mijn dochter willen zeggen: 'Weet je nog wel dat hij dure batterijen ging halen voor jouw racebaan en dat mama hem 25 gulden meegaf en dat jij een half uur voor het raam stond te trappelen. Waar blijft papa nu met de batterijen? Weet je nog dat mama zo kwaad werd, haar jas aantrok en zei: Kom mee naar het winkelcentrum. We gaan nu die batterijen kopen, want die trein zal rijden vandaag.' Dat zeg ik dan niet maar dat denk ik wel.
Ik schaam me in bepaalde situaties voor hem. Met verjaardagen of als er visite is, moet hij opeens even bellen of de deur uit en blijft dan twee uur weg. Of hij drinkt een borrel te veel en gaat onzin uitkramen. Hij schept dan op hoe gewaagd hij vroeger was en hoe mensen tegen hem opkeken.
Het gesprek van de dag is altijd hoe het gaat met de verslaafde. Alles draait om die verslaafde. Aandacht voor mij is er niet. Mijn kennissen, mijn familie en de kliniek. Het draait alleen om de verslaafde. Bij De Regenboog is het gelukkig andersom.
Als hij niet drinkt en geen drugs gebruikt is hij een aardige man. Hij bracht zijn dochter naar school en mij thee op bed omdat ik altijd erg ziek ben tijdens mijn zwangerschap. Ik heb er zo weinig aan als ik drie maanden beschuit op bed krijg en de andere zes maanden alles in mijn eentje moet doen.
Je kunt geen respect meer hebben voor zo iemand. Seksueel gaat het niet meer. Daar heb ik geen zin meer in. Als ik dan nog de grove opmerking naar mijn hoofd krijg dat ik wel een ander zal hebben, dan hoeft het helemaal niet meer. Ik ben erg spontaan en praat graag, maar op een gegeven moment vertelde ik niets meer aan hem. Hij interesseerde mij zo weinig. Wat daar op de bank zat. Dat was niet een 'iemand' maar een 'het', een monster.
Hij zegt: 'Hoe kan ik nu normaal functioneren bij een vrouw die me niet vertrouwt?' Ik zeg: 'Jij hebt mijn vertrouwen alsmaar beschaamd. Het duurt minstens twee jaar voordat ik dat vertrouwen weer terug heb.' Hij is te egocentrisch om dat te kunnen begrijpen. Hij heeft thuis niet het goede voorbeeld gekregen. Zijn vader is hem gesmeerd toen hij zes was. Hij komt uit een rare familie. Dat komt nooit meer goed en ik krijg dat ook niet voor elkaar.
Ik zou andere mensen die een verslaafde partner hebben aanraden om weg te lopen zo hard je kan. Niet vechten,

dat heeft geen zin. Je wint niets. Je stopt er alles in: je geld, je liefde, je energie. Tegen die rotzooi kun je niet winnen.
Praten helpt niet, want ze weten dat je gelijk hebt. Dat is het probleem niet. Het probleem is dat ze niet kunnen stoppen. Zo gauw ze wel stoppen veranderen ze in aardige lieve mensen. Als je daar dan weer aan gewend bent dan gaat het weer fout. De klap komt dan des te harder aan. Die spaarpot, dat ik alleen met mijn kind uit het ziekenhuis moest komen, dat blijft lang nadreunen. Waar ik allemaal niet overheen stapte voor het instandhouden van een relatie, voor het instandhouden van een vader voor mijn kinderen. Ik voel me vertrapt.
Vanmorgen heb ik toch een tas met kleren gebracht naar de kliniek, een foto van zijn kinderen en twee pakjes shag. Eigenlijk ben ik het met mezelf niet eens dat ik degene ben die dat weer moet doen. Dan voel ik me gebruikt. Hij weet dat. Toch kan ik het niet weigeren te doen. Het lukt me niet om hem helemaal aan zijn lot over te laten.

Vragenlijst over het kind dat gebruikt
Uit: Oudergroep CAT, e.a., Draaiboek. Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?

Vragenlijst over het kind dat gebruikt

Hoe dikwijls heeft je kind dat drugs gebruikt de laatste dertig dagen de volgende gedragingen gesteld.
Plaats een kruisje bij de voor jou passende kolom (hoe frequent heb je dit de laatste dertig dagen bij je zoon of dochter gemerkt)
Bijna altijd, veel dagen, sommige dagen, zelden/helemaal niet.

	Bijna altijd	Veel dagen	Sommmige dagen	Zelden/ Helemaal niet
1. Hoe dikwijls was je zoon of dochter in staat om contact te hebben met het gezin (te communiceren) en deel te nemen.aan gezinsactiviteiten?				
2. Hoe dikwijls heeft je zoon of dochter iets ondernomen om zijn/haar druggebruik te verminderen of er vanaf te blijven?				
3. Hoe dikwijls heeft hij/zij een drughulpverleningscentrum bezocht of in een behandelingscentrum verbleven? (of iets anders gedaan om het drugprobleem te verminderen)				
4. Hoe dikwijls heeft hij/zij jou of anderen in het gezin fysisch bedreigd?				
5. Hoe dikwijls heeft zij/hij redelijke (aanvaardbare) inspanningen gedaan om op het vlak van de school of op het vlak van het werk vooruitgang te maken of kansen te behouden ?				
6. Hoe dikwijls was hij/zij verbaal grof tegen jou of anderen in het gezin?				
7. Hoe dikwijls heeft zijn/haar druggebruik anderen in het gezin verstoord?				
8. Hoe dikwijls heeft hij/ zij drugs gebruikt in de nabijheid van andere familie- of gezinsleden?				

Score: een 'gemiddelde score' van 1 tot 4 kan berekend worden door het toebedelen van punten op basis van :
Bijna altijd=1
Veel dagen= 2
Sommige=3
Zelden/helemaal niet=4
Daarna tel je je cijfers op en deel ze door 8.

Ouderbetrokkenheid
Uit: Oudergroep CAT, e.a., Draaiboek. Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?

Ouderbetrokkenheid

Beschrijf hoe je je hebt gevoeld de laatste dertig dagen ten aanzien van je zoon of dochter die gebruikt.
Plaats een kruisje bij de voor jou passende kolom (hoe frequent je deze gevoelens de laatste dertig dagen merkte bij jezelf):
Bijna altijd, veel dagen, sommige dagen, zelden/helemaal niet.

	Bijna altijd	Veel dagen	Sommige dagen	Zelden/ Helemaal niet
1. Mijn 'goed voelen' is volledig verbonden met mijn kind				
2. Ik kan niet gelukkig zijn als mijn kind niet gelukkig of gezond is.				
3. Ik maakte me voortdurend zorgen over de problemen van mijn kind.				

Informatie over stress.
Uit: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD), VAD, 2004, pag 77-80

Het druggebruik van kinderen gaat in de meeste gevallen gepaard met extreme stress en spanning bij de ouders. Als ouder heb je immers een dubbele taak: aan de ene kant moet je het telkens weer opbrengen om een loyale, steungevende ouder te zijn, terwijl je aan de andere kant toch ook een eigen leven leidt. Je kunt alleen maar een echte steun zijn als je zelf nog over de nodig energie beschikt om je kind te helpen, anders ben je samen machteloos.[1]
Ouders van drugverslaafde kinderen worden geconfronteerd met emoties als angst, schuld en woede en vaak weten ze hier geen weg mee. Chronische spanning leidt in vele gevallen tot vermoeidheid en uitputting, en heeft een duidelijke impact op het functioneren op verschillende gebieden en op het algemeen gevoel van welzijn. Stress bij de ouders heeft ook een duidelijk effect op de ouderlijke vaardigheden, waardoor de ouder-kind interacties in negatieve zin kunnen beïnvloed worden.[2]
Hiernaast gebeurt het al te vaak dat ouders zodanig begaan zijn met en bezorgd zijn over hun kinderen, dat ze wel eens vergeten voor zichzelf te zorgen. Terwijl het juist deze mensen zijn die, door de voortdurende zorg en inspanning naar hun kinderen toe, hier extra nood aan hebben. Het gaat om de vraag hoe ouders, ondanks de voortdurende zorgen en spanningen om hun kind, toch voor zichzelf kunnen blijven zorgen.
Dit kan uitgedrukt worden met de volgende metafoor: bij de instructies op het vliegtuig worden ouders ook aangemaand om in geval van nood eerst het eigen zuurstofmasker op te zetten en dan pas dat van hun kind. Je kunt maar zuurstof geven als je eerst voor jezelf zorgt.[3]
Daarnaast kan deze zelfzorg ook invloed hebben op het druggebruikend kind. Doordat ouders opkomen voor zichzelf doorbreken zij een zekere passiviteit. Dit wordt niet enkel gewaardeerd door het kind maar kan het zelf ook in de goede richting 'aan het denken zetten' (LSOVD).
De bedoeling van deze sessie is dat ouders het belang van zelfzorg erkennen zowel voor zichzelf als voor hun gezin, dat ze terug even stilstaan bij de eigen identiteit. Sommige ouders hebben het hier moeilijk mee, ze voelen zich schuldig, hebben het gevoel in hun huidige situatie niet teveel aan zichzelf te mogen denken, of hebben daarvoor geen energie meer over.
Nochtans is het belangrijk dat zijzelf terug oog hebben voor het eigen welzijn en hun gezondheid. Op die manier beschermen zij zichzelf tegen burnout en kunnen zij op hun beurt de relatie en interactie met hun druggebruikend kind op een, voor hen, bevredigendere manier terug opbouwen.

[1] Hoekendijk, L. (1995).Lotgenotenhulp. Een wegwijzer. Intro.
[2] McGillicuddy, N., Rychtarik, R., Duauette, J., Morsheimer, E. (2001). Development of a skill training program for parents of substance-abusing adolescents. Journal of substance abuse Treatment, 20, 59-68.
[3] Buelens, M. & Vermeiren, A. (2002). Beter zorgen voor jezelf. Tielt: Lannoo.

De begeleider gebruikt elementen uit deze inleiding om het begrip 'stress' te verduidelijken, de effecten ervan en de nood aan ontspanning.

Voor de ouders is het kind en zijn druggebruik de voornaamste reden voor deelname aan de groep. Toch is het belangrijk om ook stil te staan bij welk effect dit druggebruik kan hebben op het individueel welbevinden van de ouder. De stress, gebrek aan ontspanning of zich niet meer kunnen ontspannen kunnen vergaande gevolgen hebben voor zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheid.
Een mogelijke benadering is ouders te leren omgaan met deze stress. Dit lost zeker niet alle problemen op, maar door zich op bepaalde elementen te concentreren kan er een begin gemaakt worden om de stress, veroorzaakt door het druggebruik, wat te verminderen.

Bij het ontstaan van stress bij ouders kunnen we drie factoren onderscheiden[4]:
a) Stressor of stresssituatie: kenmerken in de omgeving die het sociaal, psychisch en lichamelijk evenwicht verstoren of bedreigen, wanneer de ouders de betreffende situatie (hier het alcohol-en druggebruik van het kind) niet kunnen negeren of routinematig opvangen.
b) Interpretatie: de kijk van de ouders op de situatie (welke gedachten, cognities hebben de ouders bij het druggebruik van het kind).
c) Stressreactie: de manier waarop de ouders reageren op het onderwerp van de stress, namelijk het druggebruik van hun kind.

Stress is een ernstige verstoring van het evenwicht tussen de draaglast en de draagkracht van een individu of gezin. Deze spanning gaat zich vroeg of laat een uitweg zoeken, in het gedrag (ruzie, meer of minder eten of drinken, zich isoleren...), lichamelijk (hoofdpijn, maagklachten, vermoeidheid...) of cognitief (piekeren).

Uit stressonderzoek blijkt dat er geen directe verbinding in tussen de oorzaak van de stress (stressor) en de stress op zich. Tussen de oorzaak en de stressreactie zit een filter: namelijk de manier waarop we de situatie interpreteren. Eenzelfde situatie wordt door verschillende personen of gezinnen anders geïnterpreteerd. Of het een bron van stress is, is afhankelijk van onze kijk op de situatie en van onze interpretatie (al dan niet correct) van de eigen mogelijkheden om er het hoofd aan te bieden.[5]
Onze (emotionele) reactie op stresssituaties beschouwen we meestal als spontaan en nauwelijks te beïnvloeden. In feite worden ze niet uitgelokt door de gebeurtenissen, maar door de gedachten erover, en die gedachten kunnen we beïnvloeden. Als een gesprek met een jongere bijvoorbeeld niet het gewenste resultaat heeft, kunnen we denken dat onze inspanning alweer mislukt is en dat het dus helemaal geen zin meer heeft om het nog te proberen. Als we echter denken dat we

[4] Lockly, P. (1995). *Working with drug family support groups*. Londen/New York: Free Association Books.
[5] Compernolle, T. (2001). *Stress. Vriend en vijand! Vitaal stressmanagement op het werk... en in het gezin*. Tielt: Lannoo.

uit dit gesprek een en ander kunnen leren over hoe we het een volgende keer moeten aanpakken, zijn we meer gemotiveerd om het in de toekomst op een andere manier aan te pakken.
Ook genetische factoren (aanleg) en vroegere ervaringen spelen een rol in het reageren op stress. (hebben we in het verleden een gelijklopende ervaring met succes aangepakt, dan zal de nieuwe stresssituatie ons minder angstig maken en meer moed geven om ze het hoofd te bieden).

Stress is niet altijd negatief: er bestaat ook 'positieve' stress. Positieve stress helpt ons om creatief te zijn, bepaalde prestaties te leveren enzovoort, bijvoorbeeld: sportprestaties, examens, een maaltijd in mekaar steken als er onverwachts vrienden binnenvallen, de nieuwe video programmeren, alert reageren in gevaarlijke situaties... Het goed hanteren van een stresssituatie kan een fantastisch gevoel geven, op het moment zelf maar ook achteraf, als het je gelukt is, kan je nog genieten van het resultaat (je bent geslaagd in het examen, de opdracht is goed uitgevoerd...).
Een algemene regel is dat ons organisme het best gewapend is tegen korte, acute stress. We zijn minder goed bestand tegen langdurende, chronische stress: dat kan onze gezondheid, zowel op lichamelijk als geestelijk vlak, schade toebrengen, zoals: hoge bloeddruk, hartklachten, maag- en darmstoornissen, hyperventilatie, depressie, apathie, angst, verwardheid, slapeloosheid, eetstoornissen. (Compernolle, 2001)

Het druggebruik van zoon of dochter geeft negatieve stress, zeker omdat de ouder dit niet zelf kan oplossen (de oorzaak van de stress, namelijk het druggebruik, wegnemen). De ouder heeft de situatie niet zelf in handen. De ouder ondervindt hiervan heel veel 'last'. Bovendien situeert het druggebruik zich meestal over een langere periode.

De oorzaak van de stress ligt in deze situatie bij de druggebruiker.
Toch zijn er een drietal mogelijkheden om de stress bij ouders wat te verminderen:

a) De kijk op de druggebruiker en het gebruik verruimen (bijvoorbeeld: zoon of dochter is meer dan enkel druggebruiker); leren hoe ouders met deze situatie of met factoren die met deze situatie samengaan, kunnen omgaan (bijvoorbeeld: de communicatie met de jongere weer leren aangaan; focus verschuiven van druggebruik naar consequenties van het gebruik)
b) Het gevoel ondersteund te worden, zowel op emotioneel als materieel vlak. Belangrijk is dat dit niet als betuttelend of vernederend ervaren wordt, maar dat het zelfwaardegevoel van de hulpvrager wordt ondersteund.
c) Aandacht besteden aan zaken die de ouder versterken: zoeken naar activiteiten die ontspanning geven (wandelen, een boek lezen, activiteiten met vrienden, een hobby beoefenen...)

⏭ In het boek 'Zelfzorg'[6] maken Marc Buelens en Ann Vermeiren een onderscheid tussen activiteiten die 'vullen' en activiteiten die 'voeden'. 'Voedende' activiteiten zijn activiteiten waarbij we ons goed voelen en die ons helpen groeien. Niet alles wat we doen is voedend. Veel activiteiten zijn een vlucht, een compensatie. Zij helpen niet te groeien. Ze vullen een tijdelijke leemte. Vulactiviteiten zijn routinematig. We herhalen ze zonder er lang bij stil te staan. Wat 'voedend' is verschilt van mens tot mens, afhankelijk van ieders mogelijkheden en grenzen. Ouders met druggebruikende kinderen grijpen, zeker in de beginfase, naar 'vullende' activiteiten omdat hen op dat moment de energie ontbreekt om aandacht te besteden aan zichzelf of hun zelfontplooiing.

▸ **Wat betekent 'stress' voor jou?**

Een bron van stress en angst voor ouders is dat één of meer kinderen drugs gebruiken. Zij zijn bezorgd over de schadelijke effecten op hun kind, maar ook over het effect ervan op hun toekomst (bijvoorbeeld verwaarlozing studies of werk, gezondheidsproblemen).

Mogelijke vragen aan de ouders:
- Welke effecten heeft deze situatie op jou, fysisch en emotioneel?
- Heb je reeds zaken gedaan om deze stress hanteerbaar te maken? Hoe ga je ermee om? (Dit kunnen zowel positieve als negatieve zaken zijn, zoals praten met vrienden, wandelen, een uitstap maken, roken, kalmeermiddelen nemen enzovoort).

Sommige ouders zullen aangeven dat ze geen tijd hebben voor zichzelf. Al hun aandacht gaat naar hun kinderen. Het is belangrijk om dit te herdefiniëren in 'tijd voor zichzelf nemen' (de begeleider kan hier verwijzen naar de metafoor over de vliegtuiginstructies, zie hoger: doelstellingen).

Ouders maken een lijstje van alle positieve zaken uit de voorbije week. Dit hoeven geen grootse dingen te zijn: een compliment bijvoorbeeld, of het gevoel dat iemand luisterde. Zo leren ouders oog hebben voor die zaken die hen een goed gevoel geven.

[6] Buelens, M. & Vermeiren, A. (1997). *Zelfzorg. De kracht van persoonlijke groei.* Tielt: Lannoo.

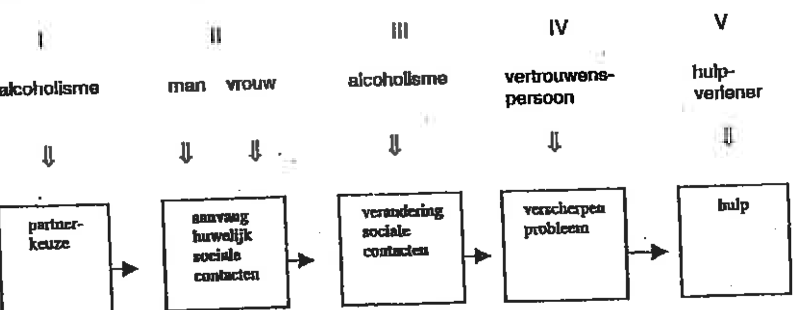
Leven met een verslaafde
Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 32-33

- Als de man met zijn verslaving breekt, kan er eventueel nog een stadium van hereniging volgen waarin hun huwelijk geherdefinieerd dient te worden en alle afspraken en taak- en rolverdelingen zullen moeten herzien worden. In veel gevallen echter is er van hereniging geen sprake. Wanneer men de groep van de verslaafden bekijkt, valt op welk een hoog percentage van hen gescheiden is of gescheiden leeft.

Deze stadia van Jackson zijn in de evolutie van een gezin vaak niet als dusdanig te herkennen. Casselman vond in zijn onderzoek meer bevestiging voor de visie van Wieser die de familiale desintegratie van de alcoholisten kaderde in hun sociale desintegratie in het algemeen. Andere onderzoekers zoals Lemert onderscheiden eerder kenmerken van een vroeg over een midden- tot een laat stadium, waarbij het gevoel vat te kunnen krijgen op de problematiek systematisch daalt, het sociaal isolement toeneemt en er intussen tekenen van een nakende separatie verschijnen.

□ *Stadia volgens de sociale contacten*

Verslaving leidt tot sociaal isolement van gans het gezin, wat de problematiek vaak nog verzwaart. Deze wisselwerking wordt door Abbenhuis (1990) onderverdeeld in vijf stadia.



Figuur 2: Effect van het alcoholisme op de sociale contacten van het koppel

Dit schema (figuur 2) is een weergave van hoe vrouwen zelf achteraf het effect beschreven van het alcoholisme van hun echtgenoot op hun sociale contacten in de verschillende stadia van hun huwelijk. Opvallend hierbij is dat in de onderzoeksgroep de vrouwelijke partners bij de aanvang van het velijk allemaal veel meer sociale contacten en activiteiten buitenshuis hadden dan hun echtgenoot. Soms nam hij al weinig initiatief en was niet erg contactvaardig, hetzij vanuit zijn persoonlijkheidsstructuur, hetzij vanuit zijn alcohol- of middelenmisbruik dat dikwijls al aanwezig is van in het begin van de relatie.

Naarmate de verslaving zich doet gelden, gaat de vrouwelijke partner contacten afbouwen o.m. uit angst en schaamte.

Stress-schaal
Uit: Oudergroep CAT, e.a., Draaiboek. Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?

Bekijk de volgende uitspraken in het licht van de laatste twee weken. Plaats een kruisje bij de voor jou passende kolom (hoe frequent je dit de laatste twee weken, merkte bij jezelf): bijna altijd, veel dagen, sommige dagen, zelden/helemaal niet.

	Bijna altijd	Veel dagen	Sommmige dagen	Zelden/ Helemaal niet
1. Ik voelde me gestresseerd				
2. Ik voelde me lichamelijk slecht				
3. Ik was moe				
4. Ik piekerde veel				
5. Ik heb meer of minder gegeten dan gewoonlijk				
6. Ik voelde me waardeloos				
7. Ik zag geen enkele oplossing voor mijn problemen				
8. Ik had problemen met te veel of te weinig slaap				
9. Ik voelde me depressief				
10.Ik was prikkelbaar				
11.Ik was slecht gehumeurd				
12.Ik voelde me ongelukkig				

Score: een 'gemiddelde score' van 1 tot 4 kan berekend worden door het toebedelen van punten op basis van :
Bijna altijd=1
Veel dagen= 2
Sommige=3
Zelden/helemaal niet=4
Daarna tel je je cijfers op en deel ze door 12.

Verslaafd aan de verslaafde?
Den Bakker J.K, 1997, pag 80-91

7. ANDERS OMGAAN MET DE VERSLAAFDE

Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat leven met een verslaafde moeilijk is. Veel mensen gaan er aan onderdoor. Hoe kan dat worden voorkomen?

Het is een heel proces. Daar moesten we eerst doorheen. Achteraf zouden we het misschien anders gedaan hebben. Wellicht zouden we onze verslaafde kinderen veel eerder aan hun lot hebben overgelaten. In het begin hebben we ze veel te veel uit handen genomen. Daardoor is die verslaving toch makkelijker in stand gebleven. We hebben het ze makkelijk gemaakt door steeds hulp te bieden. Aan de andere kant is het heel moeilijk als ouder te zeggen: laat ze maar. Je kan dat adviseren aan anderen, maar het opvolgen van dit advies is een andere zaak. Dat is heel moeilijk. Toch is het de enige weg. Je moet afstand nemen, anders gaat iedereen eraan kapot.
Ik laat ze niet zo makkelijk in de steek. Ik heb wel zo langzamerhand steeds meer afstand kunnen nemen. Zodat er voor mijzelf ook nog een leven is. Sommige mensen zeggen: zet ze de deur uit. Maar die staan er verder van af en dan is het makkelijk gezegd.

Vaak raden vrienden, buren of kennissen aan: 'laat haar toch zitten' of 'zet hem gewoon het huis uit'. Zulke adviezen werken niet. Ze gaan voorbij aan de situatie en aan de mogelijkheden van de omgeving van de verslaafde. De ideeën die in dit hoofdstuk worden aangedragen zijn dan ook geen simpele adviezen. Ze zijn bedoeld om een houding aan te leren die het eigen geluk vergroot. Iedereen heeft immers recht op geluk, ook mensen die de pech hebben om met een verslaafde in hun naaste omgeving te leven.
Mensen die met een verslaafde te maken hebben kunnen ruwweg in drie fasen zitten. In de eerste fase is nog alles gericht op de verslaafde. De vraag die deze mensen stellen is: 'Help de verslaafde.' Zijn mensen wat verder in het proces, dan zijn ze erachter gekomen dat de verslaafde niet de enige met een probleem is. Ze vragen: 'Help mij om de verslaafde te helpen.' Heeft de verslaafde het zo bont gemaakt, is het geduld tot op de draad afgesleten door teleurstelling na teleurstelling en is men ten einde raad, dan vraagt men: 'Help mij.' Wanneer de partner, ouder of andere persoon in de omgeving van een verslaafde zover is, kan er vooruitgang geboekt worden.

De eerste vijf tot tien jaar van de verslaving van mijn zoon had ik nog wel goede hoop. Daar valt nog wel iets aan te veranderen, dacht ik. Toen begon ik me langzamerhand te realiseren dat hij op die leeftijd en na zo'n langdurige verslaving niet meer te helpen is. Daar kunnen mijn man en ik niets meer aan veranderen.

Het is onmogelijk om de verslaafde ertoe te bewegen te stoppen met drinken, gokken of druggebruik. De verslaafde stopt niet op aandringen van anderen. De verslaafde slaat geen andere weg in door smeekbeden of handige trucs. Partners, ouders, broers, zusters staan machteloos. De verslaafde stopt pas definitief (vaak na vele mislukte pogingen) wanneer hij of zij eraan toe is, wanneer de motivatie vanuit de verslaafde zelf komt. Zijn de mensen in de omgeving van de verslaafde nog steeds gefixeerd op het veranderen van de verslaafde dan zijn ze bezig met een onmogelijke opgave en zullen ze niet verder komen. Integendeel, ze zullen zware averij oplopen. Als de omgeving de verslaafde niet kan laten stoppen, wat is dan wel mogelijk?
Wel is het mogelijk om zelf te veranderen. Het is haalbaar om meer levensgeluk te hebben ondanks het verslavingsprobleem. Daarvoor moeten de problemen van de omgeving die we in het vorige hoofdstuk hebben beschreven overwonnen worden. In het kort betekent dit: minder

gelegenheid geven, minder mede-afhankelijkheid, werken aan een gezond gezinssysteem en de stress reduceren. Hieronder wordt beschreven wat dit proces in grote lijnen inhoudt. Wanneer de problemen groot zijn en zich jaren hebben opgestapeld is het veelal niet mogelijk om geheel op eigen kracht uit het dal te kruipen. Hulp is nodig. In het volgende hoofdstuk staan de mogelijkheden van zelfhulp en professionele hulp die dit proces kunnen ondersteunen.

Ga je gang niet!

In plaats van te zeggen: ga je gang, kunnen mensen in de omgeving van een verslaafde stoppen met het gelegenheid geven. Dat klinkt eenvoudig, maar niets is minder waar. Het kan alleen langzaam geleerd worden. Geleidelijk moet de omgeving de overstap maken van gelegenheidsgever naar gelegenheidstopper. Het principe hierbij is dat verslaafden ondanks alles toch verantwoordelijke volwassen mensen zijn. Ze kunnen hierop aangesproken worden. De omgeving kan op deze manier grenzen stellen aan het gedrag van de verslaafde. Anders verlegt de verslaafde deze grenzen steeds verder, waardoor een normaal leven van de mensen om de verslaafde heen niet mogelijk is.
De gelegenheidsgever behoedt de verslaafde vaak voor de consequenties van zijn of haar gedrag. In plaats daarvan kan de omgeving van de verslaafde ervan uitgaan dat de verslaafde een volwassen persoon is die, net als iedereen, de gevolgen van zijn of haar gedrag zelf moet dragen.

– Kom je te laat op het werk door een kater? Leg het je baas zelf maar uit.
– Heb je geen geld om je schulden te betalen? Ik betaal die schulden niet, want ik heb ze niet veroorzaakt.

Taken die de verslaafde behoort te doen en verantwoordelijkheden die de verslaafde moet nemen, neemt de gelegenheidsgever veelal over. De omgeving van de verslaafde kan het standpunt innemen dat de verslaafde, net als ieder ander, zijn of haar taken zelf uitvoert en zelf verantwoordelijkheid neemt.

– Zeg je dat je geen uitkering kunt aanvragen? Je bent 32 jaar, dus dat kan je best. Ik doe het in geen geval voor je.
– Jij bent zelf verantwoordelijk voor het schoonhouden van je huis. Ik kom niet elke week om de stal uit te mesten.

De gelegenheidsgever zeurt, klaagt, dreigt, straft en chanteert om de verslaafde te bewegen zijn of haar gedrag te verbeteren. Het helpt niets. Het kan gebeuren dat de gelegenheidsgever zelf vastraakt in de gewoonte om alsmaar te klagen en te dreigen. Hij of zij lijdt daar zelf nog het meest onder. De omgeving doet er beter aan om niet steeds te dreigen en te zeuren, maar de verslaafde te confronteren met de feiten, dat wil zeggen, met de gevolgen van zijn of haar gedrag. Het verschil tussen straffen en confronteren met de gevolgen van het eigen gedrag is belangrijk. Straffen betekent het veroorzaken van pijn of leed van buitenaf: ruziezoeken, het onthouden van seks, enzovoort. Met straffen weet de verslaafde niet dat de problemen veroorzaakt worden door drinken, gokken of druggebruik. Wanneer de verslaafde merkt dat het verslavingsgedrag nare gevolgen heeft dan dringt het op den duur wellicht door dat de verslaving de veroorzaker is van de problemen.

Je bent je baan echt niet kwijtgeraakt omdat je baas zo'n rotzak was. Het kwam doordat je te vaak dronken was. Elke werkgever ontslaat mensen die op het werk niet nuchter zijn.

Gelegenheidsgevers vergoelijken het gedrag van de drinker, druggebruiker of gokker. Mensen die met een verslaafde te maken hebben kunnen beter gewoon zeggen waar het op staat.

– Veel drinken en je als een beest gedragen, is niet goed, ook al heb je een zware baan.

– Ik blijf stelen, frauderen, mensen bedonderen afkeuren, al ben je al vijftien jaar verslaafd aan harddrugs.

Soms werken gelegenheidsgevers direct mee om de verslaving in stand te houden. Weigeren om mee te werken kan ook.

Jij wilt dat ik drank voor je meebreng? Ik denk er niet aan. Als je wilt blijven drinken dan ga je het bier zelf halen.

Gelegenheidsgevers maken vaak deals met de verslaafde in een poging hem of haar te veranderen. Partners, ouders of vrienden van verslaafden doen er veelal beter aan hiermee op te houden, als blijkt dat het niet werkt. Ze kunnen duidelijk maken dat het geen zin heeft om afspraken te maken als de verslaafde zijn of haar deel van de overeenkomst toch niet nakomt.

Jij belooft dat dit de laatste keer is en dat je ophoudt met gokken als ik je nog een keer help met je schulden? Ik draai het liever om, stop eerst en laat zien dat je verantwoordelijk met geld om kunt gaan en dan wil ik kijken wat ik voor je kan doen.

'Ja maar,' zegt de gelegenheidsgever, 'als ik de verslaafde niet help, loopt het fout af.' Dat kan inderdaad gebeuren. Maar vaak niet. Veelal weet de verslaafde toch een maaltijd te krijgen of toch onderdak te vinden. Bovendien loopt het, zeker op den duur, ook verkeerd wanneer de gelegenheidsgever doorgaat met helpen.
'Ja maar,' zegt de gelegenheidsgever weer, 'ik hou toch nog van hem of haar.' Geld geven, onderdak geven, problemen oplossen, helpen. Het lijken allemaal uitingen van liefde. Maar het gelegenheid geven aan verslaafden om hun vernietigende gewoonte voort te zetten is geen liefde. Het is onbedoelde wreedheid, want het gaat voorbij aan de hardheid van verslaving die in stand gehouden wordt.

Mede-afhankelijkheid voorbij

Stoppen met gelegenheid geven kan alleen wanneer de mede-afhankelijkheid wordt overwonnen. Dat betekent het bedwingen van de 'verslaving aan de verslaafde'. Een verslaafde die een verslavingsvrij bestaan wil opbouwen moet zijn of haar afhankelijkheid aan het middel opgeven. Net zo moeten mede-afhankelijken die een beter leven willen hun afhankelijkheid aan de verslaafde opgeven. Gedachten en emoties moeten uit de verstrikking met de verslaafde gehaald worden. Mede-afhankelijkheid kan pas overwonnen worden als de mede-afhankelijke afstand neemt van de verslaafde, zowel emotioneel als praktisch. Menig mede-afhankelijke zal zeggen: 'Ik kan hem toch niet aan zijn lot overlaten? Ik kan haar toch niet laten zitten?'
Wanneer iemand een grote hond aan de lijn heeft en die hond trekt zo hard dat hij zijn baas de autoweg op trekt. Vasthouden aan de lijn betekent de dood van de hond én de baas. Laat de baas de hond los dan kan hij of zij zichzelf redden en naar de hond fluiten om hem terug te roepen. Luistert de hond niet dan kan de baas er niets aan doen. De vraag aan de mensen in de omgeving van een verslaafde is of ze zich laten meesleuren. Staan ze toe dat de verslaafde hun leven verpest? Wie is daarmee geholpen? De verslaafde niet en de omgeving helemaal niet. Dan is er één mogelijkheid: afstand nemen.

Toen ik wat meer afstand nam en 'nee' zei tegen mijn verslaafde zoon, bleek het op de een of andere manier toch goed te komen. Dan wist hij toch andere manieren te verzinnen. Mijn verslaafde zoon legt het probleem eerst bij mij neer. Als ik hem help dan staat hij de volgende keer weer op de stoep. De ervaring heeft geleerd dat wanneer ik weiger hij zelf een oplossing vindt, al is die vaak niet elegant.

Afstand nemen lijkt hard, maar is juist liefdevol. Het betekent niet dat de omgeving niets meer om de verslaafde geeft. Het houdt wel in dat ze inzien dat het alsmaar dienen als vangnet de verslaafde niet helpt en henzelf

kapotmaakt. Afstand nemen wil zeggen dat alle pogingen om het verslavingsgedrag bij te sturen of te controleren worden opgegeven. Het houdt in dat het leven zijn loop wordt gelaten, in plaats van het krampachtig proberen te controleren. Afstand nemen is aanvaarden van wat onvermijdelijk is.
Soms is afstand nemen moeilijk omdat de mede-afhankelijke financieel afhankelijk is van de verslaafde. Het is dan goed om dat te onderzoeken en om te kijken of er wegen zijn om die situatie te veranderen.
Afstand nemen kan ook problemen opleveren wanneer er kinderen in het spel zijn. Vrouwen geven vaak aan dat ze in een slecht huwelijk met een verslaafde blijven zitten om de kinderen hun vader niet te ontnemen. Je kunt je afvragen of de kinderen meer gebaat zijn bij een vaderloos gezin dan bij een gezin met een vader die onbetrouwbaar is. Die moeilijke afweging moet gemaakt worden.
Kunnen mede-afhankelijken echt meer afstand nemen van de verslaafde dan voelen zij zich rustiger, minder krampachtig, minder gespannen. Ze krijgen weer de mogelijkheid om aan zichzelf te denken, om dingen te ondernemen. Mede-afhankelijken stappen uit de neergaande spiraal van verslaving in een opgaande spiraal van een vrijer leven.

Zelfvertrouwen

We zagen in het vorige hoofdstuk dat het kernprobleem van mede-afhankelijkheid een gebrek aan eigenwaarde is. Mede-afhankelijkheid overwinnen betekent zelfvertrouwen opbouwen.
Mede-afhankelijken kunnen zich ervan bewust worden dat ze waardevol zijn zoals ze zijn, dat hun waarde niet afhankelijk is van wat ze voor anderen doen, hoe ze voor anderen zorgen of hoe ze door anderen gewaardeerd worden.
Mede-afhankelijken doen er beter aan niet overal iets achter te zoeken. Als iemand kwaad op ze reageert, of vervelend doet hoeven ze niet meteen te denken: 'Wat heb ik fout gedaan?' Beter is het om het probleem te leggen daar waar het hoort, namelijk bij de persoon die op een nare manier reageert.
Stoppen met zelfmedelijden is een van de taken voor mede-afhankelijken. Ze draaien rond in een ongezond kringetje van zichzelf zielig vinden en zich misbruikt voelen. De slachtofferrol maken ze tot iets onontkoombaars, tot iets wat bij hen hoort. Dat geeft het zelfvertrouwen een knauw. Wanneer mede-afhankelijken zelf het heft in handen nemen en werken aan een beter leven, dan verdwijnt het zelfmedelijden.
Als mede-afhankelijken piekeren en in hun gedachten alsmaar weer bezig zijn met dat zelfde probleem, met die verslaafde, dan wordt al hun energie opgeslokt door nutteloos getob. Ze komen er niet verder mee. Beter is het om bezig te zijn met positieve en creatieve zaken, om na te denken over hoe je leuke dingen kunt doen, hoe je kunt genieten van het leven. Mede-afhankelijken doen er goed aan om hun geest te verruimen met nieuwe ideeën, nieuwe boeken te lezen, of nieuwe hobby's uit te proberen. Kortom, niet laten inpakken door zwarte malende gedachten over onmogelijkheden, maar terugvechten door vrije, positieve gedachte over mogelijkheden.
Wanneer iemand zich blindstaart op de problemen met de verslaafde dan verlamt dat, maar als de problemen worden gezien als uitdagingen, komt er energie vrij. Wanneer mede-afhankelijken zichzelf haalbare doelen stellen om hun leven te veraangenamen, krijgen ze nieuwe energie. Ze kunnen bijvoorbeeld werken aan het maken van nieuwe contacten naar buiten. Ze kunnen lid worden van een club, een studie oppakken, vrijwilligerswerk gaan doen of solliciteren naar een (nieuwe) baan.
Mede-afhankelijken strijden met schuldgevoel. 'Wat heb ik fout gedaan?' 'Hoe had ik hem beter kunnen helpen?' Het is goed om te bedenken dat mensen verslaafd raken door de combinatie van vele oorzaken: beschikbaarheid van drugs, vriendenkring, fase in het leven, aanleg, enzovoorts. Ouders, familieleden, partners zijn slechts één factor in dit spel. Ze kunnen nooit dé oorzaak zijn van de

verslaving. Verder is er geen sprake van schuld, de ouders of de partner van de verslaafde hebben hem of haar immers niet opzettelijk verslaafd gemaakt. Ze hebben wellicht fouten gemaakt, maar die maakt iedereen. Fouten kunnen worden toegegeven en gebruikt om van te leren. Dat is veel positiever dan piekeren over schuld.

Veel mensen die met een verslaafde leven schamen zich voor het feit dat hun partner, zoon of dochter verslaafd is. Ook schamen ze zich voor het gedrag van de verslaafde. Dat laatste is plaatsvervangende schaamte. Ze weten dat de buitenwacht snel oordeelt en veroordeelt. Ze weten dat er geroddeld wordt. Soms leidt de schaamte er zelfs toe dat er geen visite meer wordt uitgenodigd. Het probleem wordt angstvallig verborgen gehouden. Vereenzaming is het gevolg. Mede-afhankelijken moeten leren zien dat de verslaafde een volwassene is die los staat van henzelf. Je schamen voor iemand anders waar je geen vat op hebt is onnodig. Laat de verslaafde zich maar schamen voor zijn of haar gedrag. Laat de buren en vage bekenden maar roddelen. Wanneer mensen verantwoordelijkheden van de verslaafde overnemen dan gaan ze zich verantwoordelijk voelen voor zijn of haar doen en laten. Als het goed gaat met de verslaafde voelen ze zich geslaagd. Zij hebben het dan goed gedaan. Gaat het fout met de verslaafde dan geloven ze dat zij gefaald hebben. Ze voelen zich verantwoordelijk voor het gedrag van een ander, gedrag dat ze niet kunnen beïnvloeden. Dat is een gevaarlijke zaak. De verslaafde die voelt dit vaak haarscherp aan en dit geeft munitie voor het manipuleerwapen. 'Als je dit voor mij doet zal het echt beter met me gaan.' De mede-afhankelijke kan daarom de verantwoordelijkheid het beste leggen waar die behoort te liggen: bij de verslaafde. Als de verslaafde een volwassen persoon is, is hij of zij verantwoordelijk voor de eigen daden, verslaving doet daar niets aan af.

Stress? Weg ermee!

Ik werd uitgeput. Kreeg last van mijn longen, migraine en hyperventilatie. Op een gegeven moment werd het zo erg dat ik dacht dat ik eraan zou gaan. Mijn hart klopte zo hard. Ik kon het niet meer aan.

Leven met een verslaafde betekent voortdurende spanningen. De mensen in de omgeving kunnen zich laten uitputten door spanning en daardoor overspannen raken. Ze kunnen ook doen wat in hun vermogen ligt om de spanning te verminderen. Zoals gezegd hangt een teveel aan spanning af van de persoon die de stress voelt (de omgeving van de verslaafde) en de situatie die de stress veroorzaakt (het moeilijke gedrag van de verslaafde).

Om met dat laatste te beginnen. Belangrijk is het om erachter te komen welke situatie stress veroorzaakt. Vervolgens is het zaak om deze omstandigheid zoveel mogelijk te vermijden. Veroorzaakt bijvoorbeeld het beheren van het geld van de druggebruikende zoon veel spanning, dan is het zaak dit af te bouwen. Vinden ouders het stressvol wanneer hun verslaafde dochter alsmaar opbelt, dan kunnen ze een ander telefoonnummer nemen. Veelal kan aan de situatie die de spanning brengt gewerkt worden door het stellen van grenzen aan het gedrag van de verslaafde.

De mensen in de omgeving van een verslaafde doen er goed aan om een stapje terug te doen en zich af te vragen: is dat normaal? Zou ik dit gedrag van anderen accepteren? Dan zien ze dat grenzen ongemerkt zijn verlegd. Die grenzen kunnen stapje voor stapje weer worden teruggedrongen door steeds minder toe te staan. De redenering is als volgt: Als de ander drugs wil gebruiken, wil drinken of gokken dan moet hij of zij dat doen, maar ik stel grenzen, ik sta niet toe dat de verslaafde geweld gebruikt, noch verbaal, noch fysiek, dat er uit huis gestolen wordt, dat er in mijn huis gebruikt wordt, dat ik bedreigd word.

Het is belangrijk om te zoeken naar de grenzen die echt volgehouden kunnen worden. Stel geen grenzen die niet waargemaakt kunnen worden. De verslaafde zal proberen om die grens te verleggen en als hij of zij wint dan heeft de verslaafde geleerd: 'Als ik genoeg zeur, dan breek ik

door de grens heen. Die grenzen betekenen niets.' Bijvoorbeeld, een moeder van een druggebruikende zoon vertelt hem dat zij nooit geld aan hem zal geven. Vervolgens komt de zoon met een prachtig verhaal en vraagt om een tientje. De moeder kan de manipulatie niet weerstaan en geeft de tien gulden.
Naast het werken aan het verminderen van stressvolle situaties is het belangrijk om beter om te gaan met onvermijdelijke spanning. Met andere woorden, de omgeving van de verslaafde kan er aan werken om stressbestendiger te worden. Hierbij zijn de volgende zaken belangrijk: goede voeding, evenals lichaamsbeweging (hardlopen, zwemmen, aerobics en dergelijke) en ontspanningsoefeningen (ademhalingsoefeningen, yoga, luisteren naar rustgevende muziek en dergelijke). Er zijn vele goede boeken op de markt die tips aan de hand doen om beter met stress om te gaan.
Een andere manier om stress te bestrijden is het slikken van kalmeringspillen of slaapmiddelen. De huisarts kan ze voorschrijven. Ze werken wel, maar zoals we zagen in hoofdstuk drie, zijn het drugs die verslavend werken. Na ongeveer twee weken van gebruik bestaat de neiging om meer te gaan slikken en wordt het stoppen moeilijker. Het verslavingsrisico is groot. Bovendien lossen pillen niets op, ze onderdrukken de spanning alleen. Slechts voor een korte, extreem moeilijke periode kunnen ze de stress verzachten. Langdurig gebruik is af te raden. Het spreekt vanzelf dat het gebruik van drank of andere drugs om de spanning de baas te worden op den duur alleen voor meer problemen zorgt dan het oplost.

Ik dronk nog wel eens een borreltje mee, omdat ik er niet meer tegen kon. En dan komt alles boven. In plaats dat we dan redelijk met elkaar praatten, kwamen alleen frustraties naar boven. Ik begon steeds meer te drinken en na een vreselijke kater dacht ik: Waar ben ik nu mee bezig? Zo krijgt hij het inderdaad voor elkaar dat ik meegesleurd word in een verslaving.

Terug naar de verslaafde
Tot slot gaan we even terug naar de verslaafde. Als de omgeving van de verslaafde verandert, verandert de verslaafde dan ook? Of de andere houding van de omgeving van de verslaafde een positief effect heeft op de verslaafde zelf is de vraag. Soms wel en soms niet. Het kan zijn dat de verslaafde zich meer als een verantwoordelijke volwassene gaat gedragen wanneer kinderlijk gedrag niet meer getolereerd wordt. Het kan zijn dat de verslaafde normale grenzen weer gaat respecteren. Het kan zelfs zijn dat de verslaafde gaat inzien dat hij of zij beter kan stoppen. Maar een garantie kan niet worden gegeven.

In dit hoofdstuk staan veel suggesties om op een betere manier om te gaan met de verslaafde. Meestal is dat makkelijker gezegd dan gedaan. Zoals opgemerkt kunnen veel mensen die met een verslaafde in hun omgeving te maken hebben niet of moeilijk op eigen kracht veranderen. Ze hebben daarbij steun nodig. Die kunnen ze vinden bij groepen mensen die met hetzelfde probleem kampen, de zogenaamde zelfhulpgroepen, of bij de professionele hulpverlening.

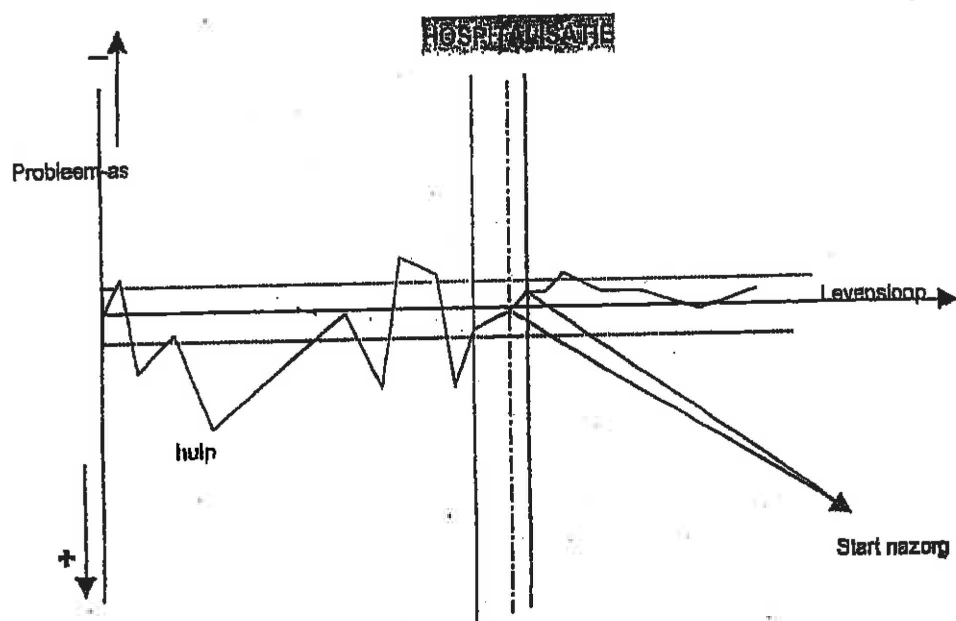
Als moeder van een verslaafde, raad ik anderen aan naar een instantie in de buurt te gaan om te praten. Ze kunnen dan leren waarom mensen die aan de drugs gaan zo gemeen kunnen zijn, hoe dat komt en hoe ze zich daartegen kunnen wapenen. Ze moeten meteen naar een instantie toe voor hulp en niet gaan zitten wachten.

Familiewerking: nazorg
Uiteenzetting PC Broeders Alexianen Boechout

1. WAT IS NAZORG ?

nazorg = verdere behandeling
= vervolgbehandeling
= nabehandeling
= voor-zorg
= zorg

2. WAAROM NAZORG ?



Moment van overgang en periode na ontslag = risicoperiode !!

Kans op herval is reëel:
- dikwijls eerst een gevoel van euforie
- later confrontatie met de realiteit:
  . zuchtigheid kan groter worden (kan 6 maand/1jaar aanhouden)
  . omgeving is meestal niet mee veranderd
  . structuur valt weg (kans groot terugvallen in oude patronen, bv. in leegte vallen, te hard werken, ...)
  . controle valt weg
  . bescherming valt weg, verantwoordelijkheden worden terug groter
  . minder en/of minder bereikbare contacten, minder feedback
  . ...

3. WANNEER NAZORG ?

Goed voorbereiden !

- indien ontslag na O-periode: onmiddellijk doen
- indien keuze voor behandeling:
  - . verzamelen van WERKPUNTEN tijdens verblijf
  - . uitmaken WAT nazorg moet inhouden en uitzoeken WAAR er een aanbod is (eventueel oude contacten terug opnemen)
  - . voor het einde van de behandeling reeds OPSTARTEN

Volhouden !

- TIJD voor MAKEN, goed PLANNEN
- VERWACHTINGEN kenbaar maken aan professioneel, COMMUNICEREN
- gemiddeld toch 1 jaar VOLHOUDEN
- veranderingen OVERLEGGEN (best met een coördinator, nazorgbewaker bv.vaste huisarts, individuele begeleider, ...)
- bij STOP nazorg begeleiding AFRONDEN, niet zomaar afhaken

4. OP WELKE TERREINEN KAN ER STEUN WORDEN INGEBOUWD ?



I. MIDDEL

1) KENNIS over het gebruikte middel en z'n gevolgen: PSYCHO-EDUCATIE
2) Achterhalen van de FUNCTIE van het middel: FUNCTIONELE ANALYSE
3) Balans opmaken, MOTIVATIE bekijken
4) Tijdelijke ondersteuning door MEDICATIE: FARMACOTHERAPIE
5) Anticiperen op TERUGVAL in oude patronen: HERVALPREVENTIE

Mogelijkheden:

- deskundigen vanwege hun BEROEP
    - centra geestelijke gezondheidszorg
        = multidisciplinaire teams met
        - psychiaters
        - psychologen
        - orthopedagogen
        - psychologisch assistenten
        - maatschappelijk assistenten
        - sociaal verpleegkundigen
        - psychiatrisch verpleegkundigen
        - ...
        (dikwijls met bijkomende specialisatie en/of therapeutenopleiding)
    - centra levens- en gezinsvragen
    - privépraktijk van psychiater / psycholoog / psychotherapeut

6) ERVARINGEN uitwisselen met lotgenoten

- deskundigen door hun ERVARING

    = zelfhulpgroepen m.b.t. middelengebruik
    = praatgroepen m.b.t. middelengebruik met professionele begeleiding

II. MILIEU

- open communicatie !!
  (bv. d.m.v. familieavonden)

- omgeving betrekken op rechtstreekse manier, in
    - centrum
    - privé

    = ouderlijk gezin
    = huidige systeem
    (systeem-, partner-, familie-, gezinstherapie of -begeleiding)

    = professionele systeem
        - arbeidsgeneesheer betrekken
        - VDAB jobbegeleiding, 'omschakelen', ...

    = rest van de omgeving (vrienden, kennissen, ...)

III. MENS

- Fysisch

Lichamelijke (gevolgen van het gebruik) laten opvolgen!

= VASTE huisarts die
- kennis heeft van middelenmisbruik
- op de hoogte is van concrete situatie en daarmee rekening houdt in zijn voorschrijfgedrag

(bv. om de 6 maand bloedcontrole)

= DIETISTE voor voedingsadvies

= KINESIST voor relaxatie, verwaarloosde kwalen, ...

- Psychisch

Werkpunten, motivatie, trauma's, ... verder exploreren

* INDIVIDUEEL

= in individuele gesprekken met begeleider in centrum of privépraktijk

* IN GROEP

= volgen van trainingen:

- assertiviteitstraining
- sociale vaardigheidstraining
- problem solving
- weerbaarheid voor vrouwen
- Rationeel Emotieve Therapie
- ...

= deelnemen aan praat/therapie groepen o.v.v. zelfhulpgroep of met professionele ondersteuning

5. SAMENVATTING

NA- ZORG OP MAAT !!!!

Ondersteuning zoeken die de meeste kans op slagen heeft !

- professioneel	- niet professioneel
- gespecialiseerde hulp	- niet-gespecialiseerd
- individueel	- in groep
- alleen	- samen
- focus = verleden	- focus = hier en nu
- gemengd	- zelfde sexe
- gratis	- mits bijdrage
- ...	- ...

8 Omgaan met de drinker tijdens opname en behandeling – Tips voor de dichtstbetrokkenen

In wat nu volgt, willen we aantal tips geven over hoe u als dichtstbetrokkene kunt omgaan met een probleemgebruiker die in ons ziekenhuis in behandeling is.

Deze tips zijn zeker niet alleenzaligmakend. Ze zijn eigenlijk meer bedoeld voor wanneer u het zelf niet zeker weet. Uit eigen ervaring weet u wellicht al wat wel en niet goed werkt in het geval van uw familielid. Die kennis heeft alleszins voorrang op wat wij hier suggereren. Als ze echter niet blijkt te volstaan of niet tot het gewenste resultaat leidt, dan kunnen de hier geformuleerde tips wellicht als aanbevelingen gelden.

In de opeenvolgende tips zit een verschuiving: het zwaartepunt wordt eerst bij de patiënt zelf gelegd, nadien bij u als dichtstbetrokkene. Het is dus onze bedoeling ook uw behoeften en noden aan bod te laten komen, maar toch gaan we eerst even in op deze van de patiënt.

8.1 Steun de drinker in zijn behandeling

Iemand die zijn drinkgewoonten wil veranderen, heeft het echt niet zo gemakkelijk. Daarom is steun of aanmoediging zeker niet ongepast.

Een belangrijk steuntje kan zijn dat u laat merken dat u de stap van de opname een moedige beslissing vindt, dat u daar mee achter staat, dat u de patiënt daarmee succes wenst.

Tonen dat men het feit van de opname een positief gegeven vindt, kan op veel verschillende manieren.

De eenvoudigste manier bestaat erin gewoon iets te zeggen als "Ik vind het goed van je dat je iets aan je drinken wil doen, en dat je daar die opname en behandeling voor over hebt".

Men kan ook veel uitdrukken door dingen die men doet in plaats van met woorden zegt. In die zin kunnen betuigingen van steun en medewerking ook uitgedrukt worden door:

- regelmatig op bezoek te komen in het ziekenhuis;
- deel te nemen aan deze informatiesessies;
- de patiënt bij zijn (tussentijdse) terugkeer thuis gastvrij te onthalen;
- een keertje te telefoneren naar het ziekenhuis;
- een kaartje te sturen naar het ziekenhuis;
- regelmatig (maar ook niet té vaak) op allerlei manieren te informeren hoe het met de patiënt gaat, hoe hij zich voelt, wat hij ervan vindt, waarover hij tevreden of eventueel ongerust is...

8.2 Blijf regelmatig aandacht en appreciatie uit-drukken

Dit is gewoon de lange-termijn versie van het vorige punt.

Vaak wordt de stap van de opname in het begin wel uitbundig toegejuicht, maar wordt na een vrij korte tijd de behandeling als "vanzelfsprekend" gezien: "het zal nu wel vanzelf gaan".

Zoals iedereen die ooit met roken gestopt is kan bevestigen, komen de moeilijkste momenten en de sterkste behoefte aan steun vaak pas enige tijd nadat men "gestopt" is. Op dat ogenblik is er echter voor de omgeving niets zichtbaar bijzonders aan de hand, lijkt alles "gewoon" zijn gang te gaan, valt het "niet roken" (hier: "niet gebruiken") niet meer op als een bijzonderheid.

Het niet-gebruiken is echter ook na enige tijd nog geen vanzelfsprekendheid. Dat iemand met gebruiken stopt, verdient een steuntje; dat iemand zijn stoppen ook volhoudt, verdient op zijn beurt een extrasteuntje.

Het is goed aan de patiënt duidelijk te laten blijken dat u zijn vorderingen opmerkt, dat u zijn" periode van niet-gebruik nog meer waardeert naarmate die langer wordt, dat u beseft dat een opname niet van korte duur is en veel en langdurige inspanningen van hem vergt.

(Dat het ook voor uzelf geen lachertje is, weten we ook, en daarover hebben we het verder nog.)

Bij een tegenvaller (bijvoorbeeld wanneer de patiënt hervalt tijdens de opname) kan hierop beter niet "bestraffend" of paniekerig gereageerd worden ("ik had het wel gevreesd..."). We zullen nog zien dat herval vaak bij het veranderen van een hardnekkig gedrag hoort, en dat er betere manieren van reageren op mogelijk zijn.

8.3 Herneem thuis zoveel mogelijk "het gewone leven"

Dit is een zeer complex punt, dat zich in veel verschillende gedaanten kan manifesteren.

Om te beginnen betekent dit: "laat de patiënt zijn vertrouwde rol in zijn eigen omgeving weer opnemen" – met uitzondering van het gebruik uiteraard.

Dat iemand stopt met het gebruik van alcohol of medicatie, is op zich al een hele verandering. Het is niet nodig dat hij bovendien daarom ook nog eens allerlei andere dingen anders gaat doen dan vroeger, of niet meer gaat doen, of plotseling nu wèl gaat doen.

Soms hebben familieleden of huisgenoten de onwillekeurige neiging uit "overbescherming" de (ex-)drinker veel onaangename en zelfs aangename activiteiten "uit handen te nemen".

Alle praktische taken en zaken die de patiënt vroeger deed, min of meer los van zijn gebruik, kan hij best zo veel mogelijk weer opnemen. Dit kan gaan om huishoudelijke taken, om het beheer van de financies, om het besturen van de wagen, om contacten met kennissen of met de ruimere familie, om boodschappen doen... Er is geen directe reden waarom iemand dat soort dingen niet meer zou kunnen of mogen doen na of wegens de behandeling. Als daar moeilijk over gedaan wordt, wekt dit bij de patiënt vaak een stevige indruk van wantrouwen of andere negatieve gevoelens.

Sommige vroegere activiteiten, vooral op het vlak van hobby's en verenigingsleven, waren wellicht sterk met alcoholgebruik geassocieerd. Mits enige begeleiding (die we van hieruit voorzien) is het best mogelijk dat de patiënt ervoor kiest deze activiteiten terug op te nemen, maar voortaan zonder alcoholgebruik. De omgeving mag hem daartoe best de kans gunnen, zonder meteen te vrezen (laat staan de vrees uit te drukken) "dat het daardoor toch weer allemaal mis zal lopen".

Het is ook niet nodig of aangeraden om het hele huis anders in te richten, met name rond de aanwezigheid van alcohol of medicatie (alles verwijderen of elders opbergen, buiten weten van de patiënt).

Huisgenoten hoeven hun eigen gebruiksgewoonten niet te veranderen omwille van de patiënt. Wanneer iemand zelf al eens een glaasje drinkt, is het best dat hij of zij dat zo blijft doen, ook in aanwezigheid van de (ex-)drinker. Het is dus zeker niet uit den boze drank in huis te halen. Als er bezoek komt, mag er ook best alcohol geschonken worden. Ook aan de (ex-)patiënt zelf kan best gevraagd worden wat hij wil drinken – waarbij uiteraard de keuze voor een alcoholhoudende drank niet zal worden ingewilligd. Het is echter belangrijk iemand de keuzevrijheid te geven – er zijn ten slotte nog genoeg alternatieven waartussen hij wèl kan kiezen – in plaats van die keuze voor hem te maken ("en voor jou zal het een colaatje zijn").

Uiterst belangrijk is dat rond dit alles gecommuniceerd en overleg gepleegd is met de drinker zelf, zodat men zich gerust kan voelen over de gang van zaken: wat op voorhand besproken en overeengekomen is, laat zich zonder bezwaard gevoel ook uitvoeren.

8.4 Spreek openlijk over drank en over het drankprobleem

Het (voormalige) drankprobleem kan best openlijk erkend en op gepaste momenten bespreekbaar gesteld worden. Zoniet hangt het onuitgesproken probleem als een grote, altijd dreigende tekstballon tussen de patiënt en anderen in.

Het is een begrijpelijke reactie dat er zowel vanuit de patiënt als vanuit zijn omgeving zoiets als een zekere schroomvalligheid is om het gevoelige onderwerp aan te raken. Toch zijn er momenten waarop het beter is dit wel degelijk te doen; dit kan tot opheldering en opluchting leiden.

Dit illustreren we met een voorbeeld.

Demonstratie door rollenspel

In dit rollenspel wordt een gesprek weergegeven tussen een patiënt met een alcoholprobleem, die nu in behandeling is en al een tijdje niet meer gedronken heeft (Pt.), en zijn echtgenote (Eg.). Het voorbeeld toont aan dat ongerustheid een legitiem gevoel is, dat best kan worden uitgesproken, en dat men er samen uit kan komen door heldere afspraken te maken.

Pt. "Wel, wel, wat heb ik gezien? Het is weer zover, zeker. Die witte briefomslag op de schoorsteenmantel… Dat kan maar één ding betekenen: de uitnodiging voor de jaarlijkse barbecue bij tante Monique…"

Eg. "Tja… Je hebt het dus toch al gezien…"

Pt. "Hoezo? Natuurlijk heb ik dat gezien… Die brief verwachtte ik al enige tijd. En geef toe, de barbecue van tante Monique, dat is toch hét evenement van het jaar…"

Eg. "Ja, vooral van verleden jaar dan. Zoals je daar toen aangeschoten was en iedereen je bezig heeft gezien…"

Pt. "Jamaar, zeg – verleden jaar is verleden jaar, hé. Ondertussen ben ik in behandeling voor mijn alcoholgebruik, en ze zeggen daar in het ziekenhuis altijd dat je vooral veel moet oefenen in zogenaamde "situaties met hoog risico". Dus…"

Eg. "Ja, hoog risico is daar zeker. Tante Monique, die maar niet ophoudt overal tussendoor te lopen en iedereen voortdurend bij te blijven schenken…"

Pt. "Ja, maar daar kunnen we toch wel iets op vinden, zeker. Neen, die barbecue wil ik voor geen goud missen. Denk eens aan: iedereen komt er; het is een unieke kans om sommige oude bekenden nog eens terug te zien… En jij gaat toch ook elk jaar graag naar dat feest…"

Eg. "Wel, om eerlijk te zijn… Dit jaar ben ik niet zo zeker of ik er wel graag naartoe wil gaan. Want na vorig jaar… En ik wil niet graag op de helling zetten dat het nu beter lijkt te gaan…"

Pt. "Hoezo, "lijkt te gaan"? Het gaat ook echt beter. Geef mij toch eens de kans om dat te bewijzen! Ik wil per se naar die barbecue gaan, zoals elk jaar, voor de goede sfeer, de oude bekenden, het lekker eten…"

Eg. "Ja, maar… Ik vind het toch nog moeilijk."

Pt. "Wel, als we niet zouden gaan, dat zou pas moeilijk zijn. Dat zou dan nogal eens een vragen kunnen uitlokken, bij iedereen…"

Eg. "Ja, goed, maar als we wel gaan, is het ook niet allemaal zo gemakkelijk. Ik zou dan op zijn minst toch vooraf een paar afspraken willen maken."

Pt. "Goed, ja; laat ons dat doen. We spreken af dat je de hele tijd dicht in mijn buurt blijft en dat ik alleen fris drink. En dan spreken we ook af dat je, zo gauw ik toch aanstalten zou maken om alcohol te drinken, mij een seintje geeft en dat we dan samen maar vertrekken van het feest..."

Eg. "Ja, misschien is dat wel een goed idee. Laten we het daar eens even over hebben: we kunnen afspraken maken waar we allebei gerust in zijn..."

Pt. "Oké, dat wil ik wel doen... Maar dan spreken we meteen ook af dat we zeker ook naar de barbecue gaan. Want ik wil die echt niet missen, net zomin als alle voorgaande jaren...!"

8.5 Tracht niet voortdurend de drinker te "controleren"

De behoefte om te controleren of de (ex-)drinker toch niet stiekem iets gedronken heeft, is bij veel dichtstbetrokkenen aanwezig. Ze is meestal gebaseerd op nare ervaringen in het verleden, die men niet graag zich zou zien herhalen.

Wanneer echter iemand in behandeling (geweest) is voor zijn drankprobleem, is voortgezet controleren niet constructief. Het wekt dan de indruk van een (onterechte) ongerustheid, van (misplaatst) gebrek aan vertrouwen, van (ongegronde) verdenking. Tracht daarom de neiging tot controleren te bedwingen.

Controleren kan veel vormen aannemen, zoals iemand argwanend fixeren en geen stap van zijn zij wijken, voortdurend vragen of hij toch niets gedronken heeft, naar flessen of drank op zoek gaan, aan iemands adem ruiken (soms zelfs onder het voorwendsel van een omhelzing ter begroeting), streepjes op de flessen zetten om het niveau van de vloeistof aan te geven...

Indien men het controleren echt niet met een gerust hart achterwege kan laten, is het best die drang bespreekbaar te stellen tegenover de patiënt, en er (tijdelijk) begrip voor te vragen. Dit tonen we aan met een stukje rollenspel dat aansluit bij de zojuist beschreven situatie. Stel dat de ex-patiënt en zijn echtgenote inderdaad naar het fameuze tuinfeest van "tante Monique" gegaan zijn...

Demonstratie door rollenspel

Pt. "Wel, ik moet zeggen: dat is mij behoorlijk tegengevallen. Oké, we hadden wel afgesproken dat je in mijn buurt zou blijven, maar zo opvallend... Iedereen zal wel gedacht hebben: 'Amai, die mag van zijn vrouw niets meer...' – en ze hebben misschien nog gelijk ook. Je hebt heel de tijd bijna letterlijk met je neus in mijn glas gehangen..."

Eg. "Ja, sorry, maar afspraak is afspraak. En je weet toch al dat ik het er nog altijd moeilijk mee heb..."

Pt. "Ja, maar moest dat nu echt zo nadrukkelijk? Op die manier is er voor mij ook geen feest meer aan…"

Eg. "Ja, sorry, maar ik was er echt niet gerust in, zoals je wist. En na al wat er gebeurd is, kan ik niet zomaar meteen het volle vertrouwen teruggeven…"

Pt. "Ja, daar gaat het om: vertrouwen teruggeven. Ik zie nu wel heel duidelijk dat ik dat niet terugkrijg…"

Eg. "Toch, wel, maar je moet mij wat meer tijd geven. Ik ben vroeger heel ongerust over dat drinken van jou geweest. Dus moet ik nu ontwennen van mijn schrik dat het weer fout zal lopen…"

Pt. "Ontwennen? Kom dan maar mee naar de kliniek. Ze hebben er daar een heel goed programma voor – en ik kan het weten, nietwaar?"

Eg. "Ja, maar, je moet nu ook niet sarcastisch beginnen doen. Het is gewoon moeilijk voor allebei. Maar ik vind het toch al goed dat we dit achteraf kunnen uitpraten…"

8.6 Bespreek je verwachtingen over de behandeling

Over de doelstelling van de behandeling kunnen we kort zijn: iedereen die hier opgenomen is, moet voor langere tijd volledige geheelonthouding als doel vooropstellen – bij voorkeur ook nog voor lange tijd (meerdere jaren) na de behandeling.

Over het verloop van de behandeling is evenwel meer onderhandeling mogelijk. Wanneer iemand dagpatiënt kan worden, plannen we dit liefst in overleg met het "thuisfront", zodat van die kant ook inspraak in de planning bestaat.

We geven even een voorbeeld van hoe het ***niet*** hoort. In het volgende stukje rollenspel heeft de patiënt al vast het plan opgevat dagpatiënt te worden, zonder inspraak van zijn echtgenote.

Demonstratie door rollenspel

Pt. "Wel, vrouw, het is zover: vanaf maandag word ik dagpatiënt. Dat betekent dat ik nog wel elke dag naar het ziekenhuis ga, maar dat ik elke avond, elke woensdagnamiddag en elke weekend volledig thuis mag blijven. Ik blijf dus ook weer thuis overnachten. Wat zeg je me daar van?"

Eg. "Ja, euh…, ik weet het zo net nog niet. Dat lijkt me wel goed nieuws, ja."

Pt. "Hoezo, "dat lijkt me wel goed nieuws, ja"? – Is dat nu alles wat je daarop te zeggen hebt? Mijn plaats is toch thuis, nietwaar? Dus is het toch maar niet meer dan normaal dat ik hier terug zoveel mogelijk wil zijn. Of ben je misschien blij mij het huis uit te hebben?"

Eg. "Nee, natuurlijk niet, dat weet je zelf ook wel best. Maar het is nu eenmaal zo dat ik wat verrast ben. Ik verwachtte dat nog helemaal niet."

Pt. "Oh, maar dat is de normaalste zaak van de wereld, hoor. Ik zit nu al vijf weken in de zelfcontrolegroep, en bijna allemaal zijn ze daar dagpatiënt. Ik zou eigenlijk zowat de enige uitzondering dreigen te worden. En dagpatiënt mogen worden is toch een teken dat het goed gaat..."

Eg. "Dat kan best zijn, maar ik blijft verrast. Ik dacht dat zoiets toch op voorhand met de familie besproken werd..."

Pt. "Ja, maar ik heb gezegd dat jij maar al te blij zou zijn, dus dat het voor jou heel zeker wel goed was. Alhoewel, met wat ik nu merk... En toch, ik was er zelf heel gerust en zeker in."

Eg. "Ja, oké, maar kunnen we het voor alle zekerheid niet toch een keertje bespreken met de toegewezen verpleegkundige. Ik heb destijds gehoord dat dat een zeer gewone gang van zaken is."

Pt. "Ja, vooruit dan maar... Maar ik ga er toch vanuit dat ik meteen daarna wel degelijk dagpatiënt kan worden..."

Eg. "Ja, dat kan wel, maar eerst bespreken toch maar... Ik wil daar toch ook een keer in gehoord worden, begrijp je?"

Pt. "Goed, ik zal een afspraak voor je regelen met mijn toegewezen verpleegkundige..."

8.7 Laat je eigen gevoelens toe

Iemand van nabij kennen, die een probleem met drinken of slikken heeft, en die daarvoor in behandeling gegaan is, brengt nogal wat zorgen en angsten mee.

Doorgaans zijn de naastbestaanden kwaad om wat er allemaal gebeurd is in het verleden, triest vanwege het tijdelijke gemis van de patiënt (zolang die opgenomen is), en ongerust of angstig dat er in de toekomst nog erge dingen zouden gebeuren, of dat de behandeling toch niet zo goed zal blijken te lukken.

Iemand in de omgeving die drinkt of slikt, maakt dus dat je het zelf ook moeilijk krijgt. Die gevoelens van kwaadheid, verdriet, ongeduld, spanning, angst, ongerustheid, onzekerheid... zijn heel normaal en horen er echt bij.

Het is goed die gevoelens te onderkennen, toe te laten, te beseffen dat ze er mogen zijn. In geen geval moet men proberen die gevoelens de kop in te drukken. Dat werkt averechts, en het zorgt er alleen maar voor dat je er nog sterker mee begaan bent.

Overigens voelen naastbestaanden in het bijzonder ook vaak schuldgevoelens... Ze denken dat ze misschien mede verantwoordelijk zijn voor het drinken of slikken van de patiënt, of dat ze op zijn minst nalatig geweest zijn in het voorkomen ervan.

Deze schuldgevoelens zijn bijna altijd volkomen irrationeel. Weten dat iedereen onder zulke omstandigheden ze heeft, kan opluchtend werken.

Overigens is de beste manier om met dit soort vervelende gevoelens om te gaan, ze te delen. Het oude spreekwoord zegt niet voor niets: "gedeelde smart is halve smart". Misschien ken je mensen in je omgeving, tegenover wie – in alle gewenste discretie – je gevoelens kwijt kunt: een goede vriend(in), een hulpverlener, een lotgenoot…

Er bestaan trouwens zelfhulpgroepen voor familieleden van mensen met een alcoholprobleem (Al-Anon, Al-Ateen).

Als je niemand kent op wie je daarvoor beroep kunt doen, is er nog altijd opvang mogelijk in het ziekenhuis. Ook voor familie en andere naastbestaanden van de patiënt willen we tijd en aandacht vrij maken, niet alleen om informatie te geven, maar ook om de stroom van emoties te helpen opvangen.

8.8 Verwoord tegenover je drinker je eigen standpunt

Het verwoorden van je eigen emoties kan ook tegenover de patiënt zelf, en het is ook goed dat dit ten gepaste tijde gebeurt.

Hiervoor moet echter wel eerst een gunstige sfeer totstandgekomen zijn; zoniet is het voor de beide partijen alleen maar nodeloos moeilijk.

Naar de drinker toe kan dan benoemd worden hoe moeilijk je het wel hebt en gehad hebt, wat je eigen mening is over sommige dingen die gebeurd zijn of nu nog gebeuren, enz.

Indien je dit moeilijk vindt, kan het desgewenst gebeuren onder begeleiding van een teamlid van Afdeling 11.

Methodiek: tips voor dichtbetrokkenen
Bewerking van versie CAD Limburg

Methodiek:

- Geef aan elke deelnemer de tips+ de vragen en laat deze de vragen individueel beantwoorden. 10'
- Pauze.
- Uitwisseling in groepjes. 20'
- Uitwisseling in de voltallige groep. 20'

Leg telkens de nadruk op het uitwisselen van ervaringen. Het is niet de bedoeling een discussie te voeren over 'hoe het moet ...'.

- Slotvraag : hoe was het om deze oefening te doen ? (korte reactie)

Bruikbaarheid:
Ook bruikbaar in een groep voor koppels waarvan één van hen een drank/drugprobleem heeft. Voor de uitwisseling in groepjes wordt de groep dan opgesplitst in een groep (of subgroepjes) drinkers/gebruikers en een groep (of subgroepjes) partners.
Info bij Lieve Jordens, CAD-Limburg, tel 011/274298, lieve.jordens@cadlimburg.be

Tips voor dichtbetrokkenen:

1. Steun de drinker in zijn/haar behandeling.
2. Blijf regelmatig aandacht en appreciatie uitdrukken.
3. Behoud/herneem thuis zoveel mogelijk 'het gewone leven'.
4. Spreek openlijk over drank en over het drankprobleem.
5. Tracht niet voortdurend de drinker te controleren.
6. Bespreek je verwachting over de behandeling.
7. Laat je eigen gevoelens toe.
8. Verwoord tegenover de drinker je eigen standpunt.
9. Praat nooit over drankgebruik met iemand die onder invloed is.
10. Vermijd welles/nietes discussies.
11. Kaart problemen zo vroeg mogelijk aan.
12. Stel grenzen, houd u daar aan.
13. Gebruik geen loze argumenten en dreigementen.
14. Praat over de overlast die het drinken van de ander u bezorgt.
15. Benadruk de positieve kanten van de drinker.
16. Twijfel niet aan uzelf. Het drankprobleem moet vooral door de drinker zelf opgelost worden. U bent niet het probleem.
17. Durf ook met anderen over uw problemen praten.

(Uit: Burton, M. *Een drinker in huis. Omgaan met het drankprobleem van een ander.* NIGZ (Nationaal Instituut voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie), 1975)

Vragen :

Zijn de vragen duidelijk?

1.Welke tip is voor mij nieuw ? Welke tip heb ik nog gehoord ?
2. Welke tip heb ik al uitgeprobeerd? Welke tip denk ik dat mijn partner al eens geprobeerd heeft?
3. Welke tip vind ik zinvol? Welke tip vind ik zinloos ?

Jongeren en druggebruik.
Een leidraad voor ouders. Provincie Oost-Vlaanderen, pag 44-45



Als mijn meerderjarige zoon ambulante therapie gaat volgen voor zijn proces, zal dit dan de rechter gunstig stemmen?

Jean-Pierre: "Een behandeling volgen in afwachting van een proces zal meestal positief geïnterpreteerd worden door de rechter en kan aanleiding geven tot het opleggen van een straf met uitstel, gekoppeld aan voorwaarden – probatievoorwaarden genoemd – onder meer de verdere behandeling".



Mijn meerderjarig kind is verslaafd maar wenst een hulp. Kan ik hem of haar gedwongen laten opnemen?

Jean-Pierre: "Een gedwongen opname in een ontwenningscentrum is niet mogelijk. Als ouder kun je eigenlijk niets anders doen dan tot een opname te motiveren".



Wat is collocatie of gedwongen opname eingelijk?

Jean-Pierre: "Gedwongen opname of collocatie kadert binnen de wet op de geestesziekte en is een beveiligingsmaatregel met betrekking tot personen die een gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen. Het betreft een opname voor een bepaalde periode (al dan niet verlengbaar) binnen een gesloten afdeling. Strikt genomen valt druggebruik niet onder de voorwaarden voor gedwongen opname, tenzij er sprake is van een psychiatrisch ziektebeeld voorafgaand aan of ten gevolge van druggebruik (cfr. Amfetaminepsychose)".



Hoe verloopt zo'n procedure tot gedwongen opname?

Elke belanghebbende, bijvoorbeeld de ouders, kan een collocatie laten opstarten mits een grondig medisch attest. Je hebt dan twee mogelijkheden:

1. Er is hoogdringendheid

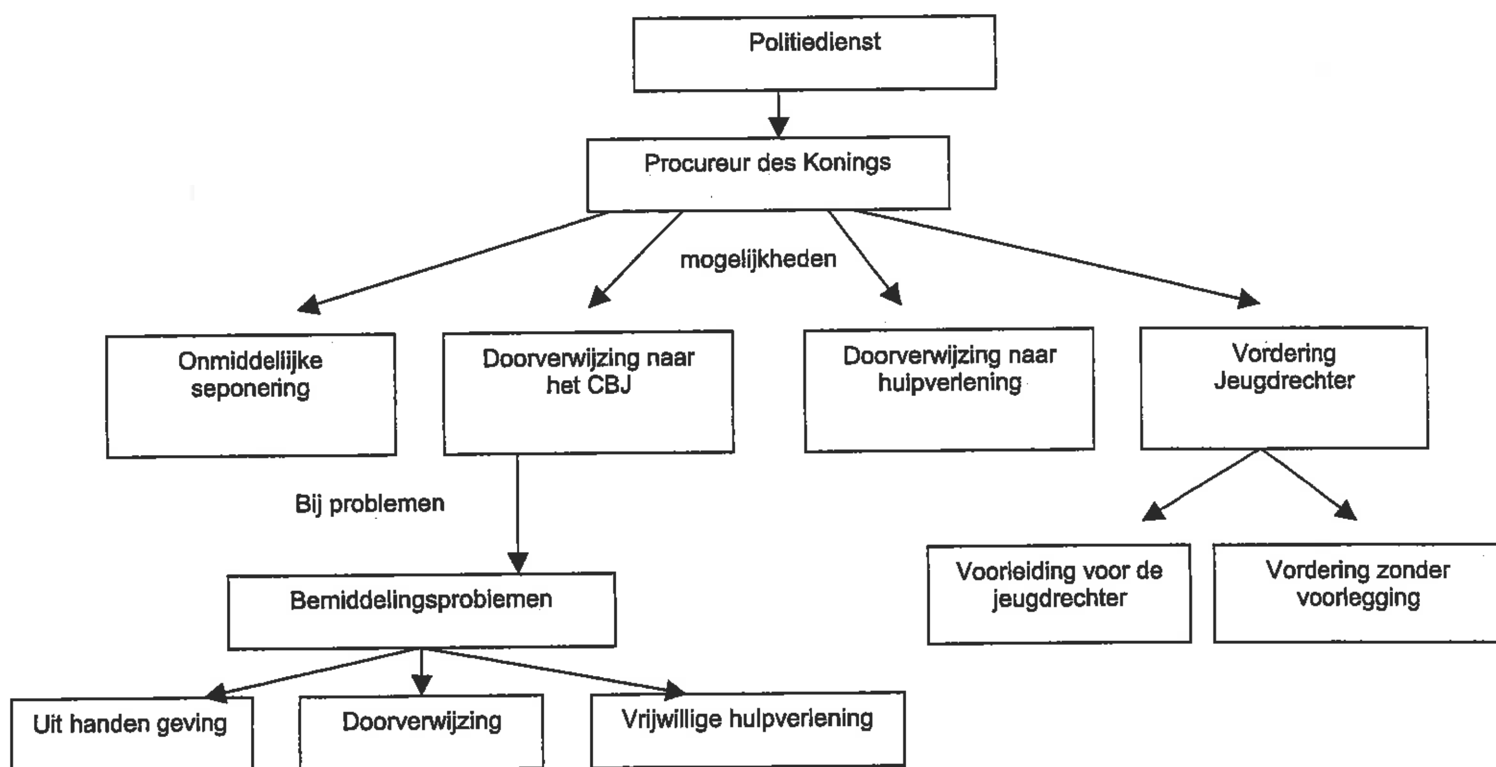
   Het verzoek tot gedwongen opname wordt, samen met het medisch attest, neer gelegd bij de dienst collocatie bij de rechtbank van Eerste Aanleg. Zij kunnen dan de beslissing nemen tot een bijkomend psychiatrisch onderzoek waarvoor de betrokkene wordt overgebracht naar een ziekenhuis. Op basis van dit verslag is het aan de Procureur des Konings om te oordelen of er al dan niet een ter observatiestelling komt. Een dergelijke beslissing dient binnen de 24 uur overgemaakt te worden aan de vrederechter. Binnen de tien dagen moet de betrokkene dan voor deze overheid verschijnen.

Op basis daarvan wordt er ofwel een ter observatiestelling van 40 dagen gevonnist, ofwel een vrijlating. De beslissing met betrekking tot een eventuele verlenging tot veertig dagen wordt door de vrederechter genomen.

2. Er is geen hoogdringendheid

Het verzoek tot gedwongen opname wordt rechtstreeks ingediend bij de vrederechter, waarna de procedure analoog verloopt."

Wegwijs in de gerechtelijke procedure



Als je minderjarig kind in aanraking komt met 'het gerecht', wat dan? Wat kan er allemaal gebeuren? Hoe verloopt zo'n procedure? Wij zetten de regels op een rij.

1. De politiedienst
Wanneer iemand in overtreding met de drugwetgeving bevonden wordt – ofwel is hij in het bezit van drugs of is hij betrokken bij drughandel – zullen de politiediensten een proces-verbaal opstellen.
Als de overtreder minderjarig is wordt dit proces-verbaal gericht aan de Procureur des Konings bij de rechtbank van eerste Aanleg – afdeling jeugdparket. Deze magistraat zal beslissen over het gevolg dat eraan gegeven dient te worden.

T.I.L.D. –schema

voor effectieve communicatie bij drugproblemen

TIMING Wanneer ?	**INHOUD** Wat ?	**LOCATIE** Waar ?	**DOSERING** Welke manier?
- Tijdstip	- Drugs	- Thuis, school, werk,...	- Wijze van aankondigen
- Week / weekend	- Drugprobleem	- Specifieke plaats	- Wijze van inleiden
- Dag	- Ander probleem	- Binnen	- Stijl
- Naar aanleiding van...	- Ander thema	- Opstelling	- Gedoseerd
- Voorafgaand aan...	- Positief terrein	- Formeel/informeel	- Wie?

C.A.T. Preventiehuis – Tomas Van Reybrouck – januari 2001

Tild-schema. Draaiboek 'hoe overleef ik de verslaving van mijn kind?
Uit: Oudergroep CAT, e.a.

TILD
(overgenomen van Tomas Van Reybrouck, consultmedewerker CAT-preventiehuis, Gent)

Bijlage: TILD-schema

Het TILD-schema geeft een aantal factoren aan waarop ouders kunnen letten als ze de communicatie met de jongere terug op gang willen brengen. Het is belangrijk om ouders te helpen zoeken naar een andere manier van omgaan met de jongere (niet meer van 'hetzelfde' te doen). Bij het praten met jongere wordt meestal de nadruk gelegd op de inhoud van wat er gezegd wordt, nochtans zijn ook de context, timing, locatie en dosering bepalend voor de communicatie.

Timing: Wanneer is de jongere best aanspreekbaar? (naar aanleiding van iets, of voorafgaandelijk, tijdstip van de dag, week, weekend,...)
Inhoud: Wat is het onderwerp? Over drugs of niet? Over druggebruik in het algemeen? Ander onderwerp? Een positieve gebeurtenis?
Locatie:Wat is de beste plaats om te praten? Aan tafel? Onder vier ogen? In de auto? Buiten of binnen? Formeel of informeel?
Dosering: Op welke manier ga je het gesprek voeren? Wijze van aankondiging (vb. Ik-boodschap, eerst iets positief zeggen of met de deur in huis vallen?). Wijze van stijl (elke stijl heeft voor- en nadelen). Kort of lang gesprek (te kort is misschien te persoonlijk, te persoonlijk misschien te bedreigend). Vorm (gesprek, brief, post-it-notes, .)

- ✓ Aan de ouders vragen om even stil te staan bij een gesprek met hun kind waarbij ze het gevoel hadden dat het 'klikte'. Aan de hand van de parameters in het TILD -schema proberen ze een korte analyse te maken van dit 'gelukt' gesprek: waar en wanneer had het gesprek plaats, wat werd er precies gezegd, hoe hebben ze dit aangepakt.
- ✓ Differentiatie aanbrengen in de manier van communiceren moedigt mensen aan om nieuwe dingen uit te proberen.
- ✓ Ouders kunnen aangeven wat ze willen uitproberen om via communicatie terug contact te hebben met hun kind bijvoorbeeld zoeken naar een moment wanneer hun zoon of dochter het meest aanspreekbaar is, de manier om een gesprek te beginnen,.. (het vinden van de meeste geschikte voorwaarden om een gesprek op gang te brengen is een zoekproces. Niet alles zal onmiddellijk lukken.)
- ✓ Houd een rondje over de ervaringen tijdens de volgende sessie. Tracht zoveel mogelijk reeds de kleine stappen die er gezet zijn positief te labelen.

Leven met een verslaafde
Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 38-42

1.3.1. Partnerbegeleiding in functie van de verslaafde

Als een man of vrouw met een verslavingsprobleem in therapie gaat, is de partner meestal hoopvol gestemd: "Eindelijk gaat er iets veranderen!" Vaak wordt die hoop snel de kop ingedrukt. Herval treedt meestal enkele keren op, soms met korte, soms met lange tussenpozen.

En als de therapie goed loopt, groeit er bij de partner ook wel eens onbehagen. Aan de relatiemoeilijkheden gebeurt er immers niets. Integendeel, in een aantal gevallen zijn er nog meer conflicten dan vroeger.

Soms voelt de partner zich opzij gezet: alle geleverde inspanningen, jaren aan een stuk, lijken ineens nutteloos geweest te zijn. Anderen lijken wel vat te krijgen op de situatie, een invloed die hij of zij nooit gekregen heeft.

De partner gaat zich onzeker voelen, zich als onbelangrijk ervaren: "Naar mij heeft hij nooit geluisterd, en nu die therapeut hetzelfde zegt, vindt hij het plots belangrijk!"

Als de verslaafde zich laat opnemen in een ziekenhuis of een ander residentieel centrum, zal dit eerst een opluchting zijn voor het thuisfront. Eindelijk neemt iemand anders de zorg en de verantwoordelijkheid over.

Tegelijk kan de partner nog meer het gevoel krijgen in de kou te staan: "Hij/zij heeft het daar goed, hoeft voor niets te zorgen, krijgt steun bij alle problemen en wordt omringd met warmte en aandacht. En ik blijf alleen achter en moet maar zorgen dat het gezin blijft functioneren en dat ik alle praktische, administratieve en financiële problemen oplos, zonder hulp van een sociale dienst, dokters en therapeuten. En in het weekend moet ik dan nog eens de liefhebbende partner zijn ook, want hij/zij maakt een moeilijk proces door en rekent op mijn steun."

De meeste therapeutische centra beseffen dit ondertussen wel en trachten de partner te betrekken in de therapie en ook aan het thuismilieu enige steun te verlenen. Vaak wordt die steun echter toch gezien in functie van de verslaafde. De hulpverlener gaat dan samen met het gezin zoeken hoe zij een positieve invloed kunnen uitoefenen op het middelenmisbruik van de verslaafde.

Dat de steun van de partner bij welke therapie dan ook van kapitaal belang is, blijkt uit vele onderzoeken. Zowel in de motivatie tot ontwenning als in de stabiliteit van het clean zijn achteraf, vermelden ook ex-gebruikers telkens de partner als belangrijkste hulp en onontbeerlijk gebleken steun.

1.3.2. Partnerbehandeling: individueel of in groep

Als een partner lange tijd samengeleefd heeft met iemand met een verslavingsprobleem, en zich daar meestal ook verregaand op afgestemd, heeft hij of zij ook behoefte aan steun en de mogelijkheid in gans de veranderende situatie meer inzicht in het eigen functioneren te krijgen.

Vaak is het efficiënter als de partner die opvang en steun zoekt, al dan niet professioneel, volledig los van de behandeling van de partner.

Zowel individuele als groepstherapie kan helpend zijn. Het voordeel van een partnergroep is o.m. het doorbreken van het sociaal isolement. Door de ondersteuning van de groep is de partner be-

ter in staat verantwoordelijkheid voor zichzelf te nemen, keuzes te maken en daadwerkelijk een ander gedragspatroon te ontwikkelen. De doorbreking van de negatieve spiraal kan leiden tot een verbetering van de relatie en een hulpvraag van de verslaafde. Even goed echter is, als de partner geen verbetering meer verwacht, een beëindiging van de relatie mogelijk.

Alanon, een zelfhulpgroep voor partners van alcoholisten, biedt in ieder geval veel steun. Wanneer meer professionele hulp nodig lijkt, kan men o.m. terecht bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

1.3.3. Relatietherapie

Relatietherapeuten weigeren doorgaans om aan een therapie te beginnen met een koppel waarvan de ene helft een verslavingsprobleem heeft. Dikwijls immers geraakt men niet uit de discussie of de verslaving veroorzaakt is door de relatiemoeilijkheden of vice versa. Daarenboven is gesprekstherapie met iemand die onder invloed is, per definitie niet zinvol.

Wanneer deze echter lichamelijk ontwend is en beide partners uiten de wens om de relatie verder te zetten, kan relatietherapie heilzaam zijn. Een echtpaar dat jaren met een verslavingsprobleem geleefd heeft, is meestal geïsoleerd geraakt en daardoor sterk aangewezen op mekaar. Het versterken van de eigenwaarde en de zelfstandigheid van de beide partners zal dan ook een belangrijke doelstelling zijn naast het verbeteren van de communicatie en het opkomen voor de eigen behoeften.

Voor een aantal valkuilen moet men wel uitkijken:

- De discussie, wat er eerst was, de verslaving of de relatiemoeilijkheden, is een zinloze controverse. Hier tegenover kan gesteld worden dat beide partners verantwoordelijk zijn voor hun eigen gedrag en keuzes. Als men boos of teleurgesteld is, kan men o.m. dichtklappen, weglopen, brullen en tieren, slikken of drinken, op de ander beginnen vitten of een duidelijke beleving en mening uitspreken. Hoe men reageert, is de eigen verantwoordelijkheid.
- De partner die zich al jaren heeft afgestemd op het alcohol- of drugsmisbruik van de andere, zal geneigd zijn zich als co-therapeut op te stellen en coalitie te vormen met de hulpverlener. Soms zelfs zal hij of zij proberen de hulpverlener te manipuleren om het eigen standpunt kracht bij te zetten. Daardoor wordt de verslaafde in de positie van de zwakke, hulpbehoevende, onwetende gedrongen. Dit onevenwicht staat relatietherapie in de weg.
- Als een mannelijke partner van een drinkende of slikkende vrouw mee naar de hulpverlening komt, zal hij zich vaak sterk distantiëren van de problematiek van zijn echtgenote. Meestal vraagt en wenst hij zelf geen hulp. Zonder hem het statuut van co-therapeut te geven, zal hem best gevraagd worden om toch mee te werken aan het helder krijgen van de implicaties van het probleem voor de relatie. De nadruk zal hier niet liggen op het versterken van de autonomie van de beide partners maar op het expliciteren van de wederzijdse verwachtingen en teleurstellingen.
- De partner die het jarenlang moeilijk gehad heeft met de verantwoordelijkheidsvlucht van de gebruikende man of vrouw, zal het even goed moeilijk krijgen als dit verandert. Verantwoordelijkheid en terrein afgeven, is minstens zo bedreigend als het gevoel voor alles alleen te staan. Het is immers moeilijk weer vertrouwen te geven dat al zo vaak geschonden is, en dus weer het risico te lopen, niet alleen om gekwetst te worden maar ook om alles weer mis te zien lopen op administratief en financieel vlak. De therapeut weze hier best ook voorzichtig en niet naïef. Herval en de daaraan gekoppelde nieuwe financiële en andere debacles zijn immers niet uitzonderlijk. Ook psychologisch wordt het meestal als verlies ervaren om terrein te moeten prijsgeven. Daarenboven heeft de partner dikwijls het gevoel, zich weer maar eens te moeten aanpassen.

Bij een ernstig en langdurig verslavingsprobleem heeft de relatie hier doorgaans erg onder geleden. Misschien is een relatietherapie toch niet het eerste wat moet voorgesteld worden. Vaak moeten beide partners eerst weer voldoende zelfvertrouwen en zelfrespect opgebouwd hebben, bijvoorbeeld via een aantal individuele steunende en explorerende gesprekken, waarin voldoende aandacht en empathie kan betoond worden.

Als er een vraag is naar relatietherapie, kan dit, hetzij door de twee therapeuten samen gebeuren hetzij door een derde therapeut die enkel de relationele aspecten opneemt.

Overigens blijkt relatietherapie wel een goed effect te hebben op de relatie en op de tevredenheid van de partners daarover, maar weinig of geen effect op het verslaafd gedrag.

Leven met een verslaafde
Matthys F., Garant Leuven-Apeldoorn, 2000, pag 83-84

3.4.2. Gezinstherapie

Het gedrag van een individu kan maar begrepen worden wanneer men ook rekening houdt met het netwerk van relaties waarvan hij of zij deel uitmaakt. In dit netwerk oefent iedere persoon invloed uit en wordt hij beïnvloed.

Binnen het gezinsnetwerk kan het druggebruik van een jongere een functie hebben. Het is dan een regulator van het interactioneel evenwicht in het gezin en geeft de adolescent de mogelijkheid om zich te onderscheiden van de andere gezinsleden: een "pseudo-individuatie".

Eigenlijk treedt er op die manier een stagnatie op in de ontwikkeling en dit des te meer als de verslaafde door zijn probleemgedrag het evenwicht tussen de ouders en hemzelf en tussen de ouders onderling zo in stand houdt.

Dit soort interacties ziet men vaak in families met hechte coalities doorheen de generaties: de grootmoeder is veel aanwezig maar wordt geïnfantiliseerd, de kleinzoon speelt de baas over de andere huisgenoten, enz. De hiërarchie is hier dus omgedraaid. In dit licht zal het doel van de behandeling erin bestaan de hiërarchie te herstellen en de adolescent na detoxificatie (= absolute voorwaarde) zijn natuurlijk losmakingsproces te laten doorlopen.

Men spreekt bij gezinstherapie van een succespercentage van 65 à 70%. Er is echter een sterke selectie vooraf. Om in aanmerking te komen voor gezinstherapie moeten er nog banden zijn met gezinsleden. De gehele familie wordt erin betrokken en moet hiertoe dus bereid zijn. Volledig stoppen met drugs, inclusief methadon, wordt vooropgesteld. Voor zwaar verslaafden zijn die voorwaarden meestal niet haalbaar. Bovendien hebben zij in veel gevallen nog weinig contact met hun familie.

Gezinstherapie is er vaak op gericht de verstoorde hiërarchische verhoudingen in het gezin te herstellen: de ouders wordt geleerd vasthoudend en vooral ook eensgezind op te treden tegen het afwijkend gedrag van de gebruiker. De ouderlijke coalitie wordt hierdoor versterkt en de gebruiker kan zich vrijmaken en tot een emotionele autonomie komen.

In gevallen waar het druggebruik een poging van de adolescent is om zich aan te strakke gezinsregels of aan een neurotische gezinsstructuur te onttrekken, zal gezinstherapie vaak heilzaam zijn. Waar juist de emotionele verwaarlozing van het kind aan de basis ligt van het dysfunctioneren van de adolescent, is het meestal niet eens mogelijk het gezin samen in therapie te krijgen.

Soms is één van de ouders niet bereid tot therapie, vooral wanneer zij gescheiden leven en er intussen een stiefouder in het gezin leeft.

Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders.
Provincie Oost-Vlaanderen, pag 42-48

7. Op de bank bij de jurist

De meest gestelde juridische vragen

Jean-Pierre is magistraat en probeert een antwoord op veel gestelde vragen te geven.



Mijn kind vertelt mij dat alle drugs gelegaliseerd zijn. Klopt dat?

Jean-Pierre: "Dat klopt niet. In België is er geen sprake van enige legalisering van drugs."



Is het waar dat er in België nu een gedoogbeleid geldt voor cannabis?

Jean-Pierre: "Er is zeker geen gedoogbeleid voor cannabis. De strafvervolging ten aanzien van personen die worden betrapt met een kleine hoeveelheid (enkele grammen) cannabisproducten is voor het parket geen prioriteit. Maar die strafvervolging blijft wel mogelijk, net zoals alle andere maatregelen (minnelijke schikking, alternatieve sancties, ...)"

De regering stelt wel een andere aanpak voor. De ministerraad heeft op 19 januari 2001 een 'federale beleidsnota drugs' goedgekeurd waarbij het algemeen principe is dat het bezit van cannabis strafbaar blijft. Men stelt echter voor dat *"Meerderjarigen, die een gebruikshoeveelheid cannabis bezitten, niet geverbaliseerd zullen worden door de politie voor zover zij geen problematisch gebruiker zijn en geen maatschappelijk overlast veroorzaken".* Deze maatregel zal niet gelden voor minderjarigen. Maar dit voorstel is nog niet van kracht omdat de wetgeving terzake nog niet aangepast is.



Mijn kind is opgepakt met enkele grammen marihuana. Wat zijn de gevolgen?

Jean-Pierre: "Zoals hierboven vermeld, is strafvervolging voor zo'n feit niet prioritair. Maar het blijft een mogelijkheid. De gerechtelijke overheid kan ook andere maatregelen nemen. Die zijn vermeld in het rubriekje 'gerechtelijke procedure'."



Ik heb een zakje speed gevonden op de kamer van mijn zoon. Ben ik wettelijk verplicht hem aan te geven bij de politie?

Jean-Pierre: "Neen, ouders hebben geen aangifteverplichting wat betreft hun kinderen met drugproblemen."



Wanneer een politieman aan de deur staat voor een huiszoeking, kan ik dat dan weigeren? Wanneer het gaat om druggebruik van mijn kind, geldt zo'n huiszoeking dan voor het hele huis of alleen voor zijn kamer?

Jean-Pierre: "Een huiszoeking kan slechts in een aantal gevallen rechtsgeldig plaatsvinden: ofwel mits een bevel dat afgeleverd wordt door de onderzoeksrechter, ofwel met instemming van de bewoners van de woning, ofwel in sommige gevallen bij betrapping op heterdaad.

Vat betreft een huiszoeking met toestemming van de ouders, mag men ervan uitgaan dat die geldt voor alle kamers van de woning. Ook in de slaapkamers van de kinderen die nog minderjarig zijn.
Wanneer door de politiediensten toestemming wordt gevraagd, kan die worden geweigerd. In de meeste gevallen zal dan echter via de onderzoeksrechter voor een huiszoekingsbevel gezorgd worden."



Mijn kind wordt door de politiediensten verzocht om een urinetest af te leggen. Wat zijn de gevolgen van een positieve urinetest?

Jean-Pierre: "Indien deze urinetest werd afgenomen ten gevolge van een verkeerscontrole of na een verkeersongeval of -overtreding, zal in principe alleen strafvervolging worden ingesteld wegens inbreuken op de verkeerswetgeving. Deze wet verbiedt sinds kort dat gereden wordt onder invloed van drugs.
Het weigeren van een urinetest onder deze omstandigheden is strafbaar, net zoals het weigeren van een bloedstaal of het weigeren van een ademhalingsproef.

Indien -los van elke verkeerssituatie- aan iemand gevraagd wordt een urinestaal af te leveren, is een weigering op zich niet strafbaar. Indien dergelijke test positief uitvalt kan -afhankelijk van de uitleg van diegene die positief heeft geplast- dit zeker aanleiding geven tot een gerechtelijke vervolging."



Als mijn meerderjarige zoon ambulante therapie gaat volgen voor zijn proces, zal dit dan de rechter gunstig stemmen?

Jean-Pierre: "Een behandeling volgen in afwachting van een proces zal meestal positief geïnterpreteerd worden door de rechter en kan aanleiding geven tot het opleggen van een straf met uitstel, gekoppeld aan voorwaarden - probatievoorwaarden genoemd - onder meer de verdere behandeling."



Mijn meerderjarig kind is verslaafd maar wenst geen hulp. Kan ik hem of haar gedwongen laten opnemen?

Jean-Pierre: "Een gedwongen opname in een ontwenningscentrum is niet mogelijk. Als ouder kun je eigenlijk niets anders doen dan tot een opname te motiveren."



Wat is collocatie of gedwongen opname eigenlijk?

Jean-Pierre: "Gedwongen opname of collocatie kadert binnen de wet op de geesteszieke en is een beveiligingsmaatregel met betrekking tot personen die een gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen. Het betreft een opname voor een bepaalde periode (al dan niet verlengbaar) binnen een gesloten afdeling. Strikt genomen valt druggebruik niet onder de voorwaarden voor gedwongen opname, tenzij er sprake is van een psychiatrisch ziektebeeld voorafgaand aan of ten gevolge van druggebruik (cfr. Amfetaminepsychose)."



Hoe verloopt zo'n procedure tot gedwongen opname?

"Elke belanghebbende, bijvoorbeeld de ouders, kan een collocatie laten opstarten mits een grondig medisch attest. Je hebt dan twee mogelijkheden:

1) Er is hoogdringendheid.

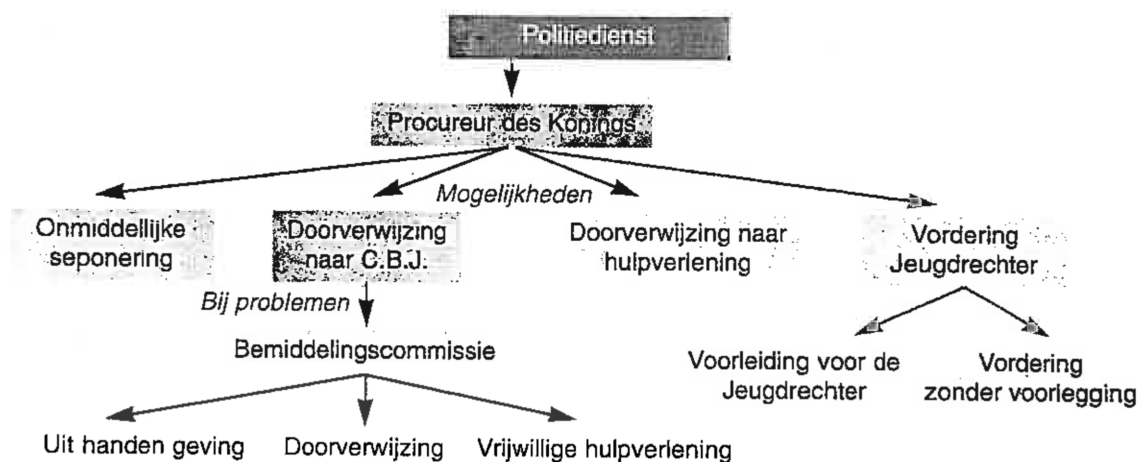
Het verzoek tot gedwongen opname wordt, samen met het medisch attest, neergelegd bij de dienst collocatie bij de rechtbank van Eerste Aanleg. Zij kunnen dan de beslissing nemen tot een bijkomend psychiatrisch onderzoek, waarvoor de betrokkene wordt overgebracht naar een ziekenhuis. Op basis van dit verslag is het aan de Procureur des Konings om te oordelen of er al dan

niet een ter observatiestelling komt. Een dergelijke beslissing dient binnen de 24 uur overgemaakt te worden aan de vrederechter. Binnen de tien dagen moet de betrokkene dan voor deze overheid verschijnen. Op basis daarvan wordt er ofwel een ter observatiestelling van 40 dagen gevonnist, ofwel een vrijlating. De beslissing met betrekking tot een eventuele verlenging tot veertig dagen wordt door de vrederechter genomen.

2) Er is geen hoogdringendheid.

Het verzoek tot gedwongen opname wordt rechtstreeks ingediend bij de vrederechter, waarna de procedure analoog verloopt."

Wegwijs in de gerechtelijke procedure



Als je minderjarig kind in aanraking komt met 'het gerecht', wat dan? Wat kan er allemaal gebeuren? Hoe verloopt zo'n procedure? Wij zetten de regels op een rij.

1. De politiedienst

Wanneer iemand in overtreding met de drugwetgeving bevonden wordt - ofwel is hij in het bezit van drugs of is hij betrokken bij drughandel - zullen de politiediensten een proces-verbaal opstellen.

Als de overtreder minderjarig is wordt dit proces-verbaal gericht aan de Procureur des Konings bij de rechtbank van Eerste Aanleg - afdeling jeugdparket. Deze magistraat zal beslissen over het gevolg dat eraan gegeven dient te worden.

2. De Procureur des Konings

De Procureur des Konings beschikt over vier mogelijkheden:

❶ De onmiddellijke seponering

In dat geval wordt de zaak zonder gevolg geklasseerd (bijvoorbeeld bij een éénmalig feit). Er volgt dus geen bestraffing.

❷ Een doorverwijzing naar het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg

Wanneer het druggebruik een signaal is van een diepere problematiek (bijvoorbeeld: een problematische thuissituatie) en wanneer de ouders en de minderjarige bereid zijn een beroep te doen op de vrijwillige hulpverlening, kan de magistraat beslissen dat die vrijwillige hulpverlening voldoende is. Als het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg echter geen vrijwillige hulpverlening tot stand kan brengen, kan het de zaak doorverwijzen naar de bemiddelingscommissie. Dit is een verzoeningsinstantie die dan weer volgende beslissingen kan nemen:

UIT HANDEN GEVING	DOORVERWIJZING	VRIJWILLIG HULPVERLENING
De zaak wordt uit handen gegeven. Dit wil zeggen dat de zaak zonder gevolg gerangschikt wordt.	De zaak wordt doorverwezen naar het Openbaar Ministerie. De jeugdrechter zal dan gevorderd worden.	De vrijwillige hulpverlening moet verder gezet worden (bij een minnelijke schikking).

❸ Doorverwijzing naar de hulpverlening

Dit kan een doorverwijzing zijn naar de hulpverlening of naar een gespecialiseerde dienst ten gevolge van enkel drugsverslaving. De zaak wordt opgevolgd door de magistraat die via politie of rijkswacht laat nagaan of er werkelijk iets gedaan wordt aan de drugproblematiek van de minderjarige. Bij een positieve evolutie volgt de seponering; in het andere geval volgt de vordering van de jeugdrechter.

❹ De jeugdrechtbank (JRB) vorderen.

In dat geval heeft men weer twee mogelijkheden:

VOORLEIDING VOOR DE JEUGDRECHTER	VORDERING ZONDER VOORLEIDING
Bij ernstige feiten is een onmiddellijke voorleiding voor de jeugdrechter mogelijk. Deze kan dan onmiddellijk voorlopige maatregelen nemen.	Men vordert zonder voorleiding. Dan wordt er door de jeugdrechter eerst een beroep gedaan op de sociale dienst bij de jeugdrechtbank.

Wanneer de jeugdrechtbank ingeschakeld wordt, zal de jeugdrechter de sociale dienst bij de jeugdrechtbank een opdracht tot sociaal onderzoek geven. De consulent(e) tracht tijdens dit onderzoek een beeld te krijgen van de situatie, het gezin, de jongere, de problemen, de feiten, ... De consulent(e) geeft de jeugdrechter advies in verband met de maatregelen die volgens hem of haar genomen dienen te worden.

Wanneer dit sociaal onderzoek beëindigd is, zal de Procureur des Konings een zitting op de jeugdrechtbank vastleggen. De ouders en de minderjarige (vanaf 12 jaar) worden door middel van een dagvaarding (afgegeven door een deurwaarder) voor deze zitting uitgenodigd. De jongere krijgt vanuit de jeugdrechtbank een advocaat toegewezen die hem of haar gratis zal bijstaan gedurende de zitting.

Op deze zitting zal dan een uitspraak in verband met de te nemen maatregel gedaan worden (deze kan verschillend zijn dan deze voorgesteld door de consulent(e)).

Mogelijke maatregelen:

Volgende maatregelen kunnen door de jeugdrechter worden uitgesproken (of bevestigd indien er bij voorlopige maatregelen reeds één van de volgende maatregelen werd genomen):

Een berisping.
De jeugdrechter kan de minderjarige een berisping geven of zij die hem onder hun hoede hebben aanmanen strenger op het kind toe te zien. Het dossier wordt dan op de jeugdrechtbank afgesloten.

Een prestatie van opvoedkundige of filantropische aard opleggen.
In dit geval dient de minderjarige gedurende een aantal uren een taak te verrichten (dienstverlening aan de gemeenschap) en/of aan een project mee te werken. Wanneer deze prestatie positief geëvalueerd wordt, wordt in het algemeen (maar niet noodzakelijk) het dossier bij de jeugdrechtbank afgesloten.

De minderjarige onder toezicht stellen van een sociale dienst.
De sociale dienst bij de jeugdrechtbank houdt toezicht op de naleving van de door de jeugdrechtbank gestelde voorwaarden.

De minderjarige toevertrouwen aan een betrouwbaar persoon of plaatsen in een geschikte instelling.

De minderjarige toevertrouwen aan een gemeenschapsinstelling voor observatie en/of opvoeding (vb Mol, Ruiselede, Beernem).
Bij een dergelijke plaatsing zal de consulent(e) toezien op de uitvoering van deze maatregel.

Uithandengeving.
Als de minderjarige ouder is dan 16 jaar op het ogenblik van de feiten en als de jeugdrechtbank een maatregel van bewaring, behoeding en opvoeding niet geschikt acht, dan kan zij met een gemotiveerde beslissing de zaak uit handen geven en naar het Openbaar Ministerie verwijzen met het oog op vervolging door het bevoegde gerecht.

Plaatsing in een arresthuis.
De jeugdrechtbank kan ook in uitzonderlijke gevallen de jongere eenmalig en gedurende maximum 15 dagen in een huis van arrest plaatsen.

Voor alle verdere juridische informatie kun je terecht bij je plaatselijke Justitiehuis.

Juridische vragen
Uit: Ouderwerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD), VAD, 2004, pag 87-90

5.8. Juridische vragen[1]

Doelstellingen

- Ouders hebben een betere kennis over justitiële kwesties met betrekking tot drugs en druggebruik.
- Ouders hebben meer kennis over hun juridische verantwoordelijkheid ten aanzien van het druggebruik van een minderjarig of meerderjarig kind (en de gevolgen hiervan op juridisch vlak).

Bij ouders is er niet alleen de zorg om het druggebruik op zich en welke effecten dit heeft op hun gezin, het kind en zijn toekomst, maar ook, zeker bij illegaal druggebruik, wat de gevolgen kunnen zijn op juridische vlak voor zowel henzelf als de druggebruiker.
Juridische kwesties zijn complex. Bij ouders is er heel wat angst en onzekerheid over wat hen eventueel te wachten staat als jongeren opgepakt worden wegens drugbezit of dealen.
Andere ouders zijn al in aanraking gekomen met justitiële en politionele diensten omdat hun kind onder toezicht is van de jeugdrechtbank (in het geval van minderjarige kinderen), hun kind in de gevangenis zit, bij een huiszoeking of als ze geconfronteerd worden met schulden die de jongere gemaakt heeft.
Sommige ouders hebben frustraties ten aanzien van politie en justitie: zij voelen zich onvoldoende ondersteund of begrepen of zij hebben het gevoel dat alles boven hun hoofd beslist wordt.

---

[1] Meer informatie over drugs en de wet:
- Meest gestelde vragen. Drugs en de wet. VAD (update augustus 2004) (zie catalogus in bijlage of www.vad.be/documentatie)
- Jij en de jeugdrechtbank. (Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn, Afdeling Algemeen Welzijnsbeleid, juni 1999; te bestellen bij Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Afdeling
Bijzondere Jeugdzorg. Tel. 02 553 34 15)
- Jij en het comité voor Bijzondere Jeugdzorg (Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn, Afdeling Algemeen Welzijnsbeleid, juni 1999; te bestellen bij Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Afdeling Bijzondere Jeugdzorg. Tel. 02 553 34 15)

⏭ Het arbitragehof heeft op 20 oktober het artikel 16 van de nieuwe drugwet 2003 vernietigd. Het ontbreken van een concrete invulling van een 'gebruikshoeveelheid van cannabis' en de vage omschrijving van de concepten 'problematisch gebruik' en 'maatschappelijke overlast' creëren volgens het arbitragehof rechtsonzekerheid voor de burger. *Een nieuwe Gemeenschappelijke Richtlijn werd inmiddels van kracht op 25 januari 2005. Op onze website www.vad.be/wet. kan u hierover meer info vinden.*

De bedoeling van deze sessie is dat ouders meer zicht krijgen op de werking van justitie en op de hoogte zijn van mogelijke justitiële gevolgen voor henzelf en/of voor hun kind.
Afhankelijk van de samenstelling van de groep kan het accent liggen op juridische vragen als gevolg van illegaal druggebruik door minderjarigen of op het gebruik door meerderjarigen die eventueel al meerdere malen in contact gekomen zijn met justitie.

Methodieken

Omdat juridische kwesties geen eenvoudige materie zijn en de nodige deskundigheid vereisen is het aangewezen een externe spreker uit te nodigen. Hiervoor nodigt men best een advocaat/jurist uit, werkzaam in het gerechtelijk arrondissement van de groepswerking en ervaren in het pleiten van strafzaken in verband met drugs. Soms kan het ook relevant zijn een notaris mee uit te nodigen: ouders zitten vaak met vragen rond erfenisrecht (bijvoorbeeld het weigeren van een erfenis als er veel schulden zijn, heeft ook consequenties op het erfenisrecht van de nakomelingen) of op welke manier ze hun bezit veilig kunt stellen (bijvoorbeeld voor schuldeisers van het kind).

Voor ouders van minderjarige kinderen kan het aangewezen zijn ook beroep te doen op een persoon van de Jeugdrechtbank of van het Comité Bijzondere Jeugdzorg.

Opdat de sprekers zich zo goed mogelijk kunnen voorbereiden kunnen in een voorgaande sessie de vragen van ouders verzameld worden en op voorhand doorgegeven aan de sprekers.

Veelgestelde vragen

Grenzen en plichten van ouders
- Zijn ouders voor alles verantwoordelijk wat hun minderjarige kinderen doen?
- Hoelang duurt de onderhoudsplicht nog na hun achttiende?
- Kunnen ouders zich beschermen, bijvoorbeeld als meerderjarige kinderen schulden maken maar nog gedomicilieerd zijn bij de ouders?

Justitiële problemen
- Hoe zit de cannabiswetgeving in België in mekaar? Wat gebeurt er als minderjarigen opgepakt worden omwille van cannabisgebruik?
- Wat gebeurt er als ik met mijn problemen met mijn druggebruikend kind naar het Comité Bijzondere Jeugdzorg stap?
- Als de politie langskomt om je kind op te pakken voor verhoor mag je dit dan weigeren?
- Wat te doen als mijn zoon elders cannabis gebruikt, bij een vriend wiens moeder toestemming geeft voor dit druggebruik in haar huis?

- Mag men op elk moment het huis binnenvallen als er enkel een vermoeden is van de aanwezigheid van drugs? Kan men een huiszoeking weigeren? Zijn de ouders verplicht bij een huiszoeking voor hun kind, om ook hun eigen slaapkamer te laten betreden of beperkt dit zich tot de slaapkamer van de jongere zelf?
- Wat gebeurt er als er drugs of materiaal dat wijst op druggebruik gevonden worden bij een huiszoeking?
- Wanneer krijg je herstel van je bewijs van goed gedrag en zeden?
- Wat als mijn meerderjarige zoon drugs gebruikt in mijn huis in het bijzijn van minderjarigen?
- Wat betekent 'straf met uitstel', 'vrij onder probatievoorwaarden'?
- Wanneer kan je een beroep doen op pro-deo advocaten?
- Kan een druggebruiker in de rechtbank zichzelf verdedigen zonder advocaat?
- Ben ik verplicht mijn kind aan te geven wanneer het drugs gebruikt?
- Mag mijn kind onderworpen worden aan een urinetest/bloedtest op basis van vermoeden van druggebruik?
- Heb ik als ouder inzagerecht in het dossier van mijn kind?

Financiële vragen

- Wordt het kindergeld ingetrokken als je kind onwettig afwezig is op school?
- Wat gebeurt er als je als meerderjarige druggebruiker je boete niet onmiddellijk kan betalen?
- Wat zijn de mogelijke materiële gevolgen voor ouders van het druggebruik van hun kinderen? Wat dekt de verzekeringspolis (familiale verzekering) en wat niet?
- Mijn zoon en zijn druggebruik heeft ons al veel geld kost. Kunnen we als ouders onze bezittingen veilig stellen zodat onze andere kinderen niet benadeeld worden?
- Is het normaal dat ik als ouder moet opdraaien voor de verblijfskosten van mijn kind in een GBJ Gemeenschapsinstellingen Bijzondere Jeugdzorg (Mol, Ruiselede, Beernem) ?

Behandeling

- Hebben ouders juridische middelen tot hun beschikking om hun kinderen onder dwang te laten behandelen?
- Kan de hulpverlening weigeren iemand op te nemen?
- Is er psychologische begeleiding voor druggebruikers in de gevangenis? Hoe zit het met het druggebruik in de gevangenis?

Documentatie

Bronvermelding

Bronvermelding

Ansoms S. *Medische en farmacologische aspecten, detox en crisisopvang* (Werkwijzer, vormingsaanbod over alcohol- en drugs, VAD-VVBV)

Claessens, J., Damman, C. & Slots, G. *Drug, drugger, drugst.* Brussel: CGGZ Brussel-Primavera.

De Donder E., De Maeseneire, e.a. *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening*, Kluwer, 2002.

den Bakker J.K, *Verslaafd aan de verslaafde? Omgaan met drinkers, druggebruikers en gokkers*, Uitgeverij Kok Kampen, 1997.

Draaiboek Hoe overleef ik de verslaving van mijn kind? Groep voor ouders van kinderen met een verslavingsproblematiek, Oudergroep CAT, e.a.

Familiewerking: nazorg, Uiteenzetting PC Broeders Alexianen Boechout

Gezinnen onder invloed. Invloedrijke gezinnen. Een programma voor gezinnen met alcoholproblemen, ontwikkeld door de afdeling voor afhankelijkheidsstoornissen 'Ter Dennen' van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen. Draaiboek voor hulpverleners, VAD, 2002.

Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikers (GROOD). Leidraad voor begeleiders, VAD, 2004.

Jongeren en druggebruik. Een leidraad voor ouders. Provincie Oost-Vlaanderen.

Matthys F., *Leven met een verslaafde*, Garant Leuven-Apeldoorn, 2000.

Omgaan met de drinker tijdens opname en behandeling. Tips voor dichtbetrokkenen, Uiteenzetting PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge

Roose N. Behandeling van problematisch middelengebruik. Uit: De Donder E., De Maeseneire I. e.a. *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening*, Kluwer, 2002.

Roose N. *Psycho-educatie voor cliënten bij problematisch middelengebruik. Draaiboek voor hulpverleners*, VAD, 2003.

Taccoen L. Motiverende gesprekstechnieken. Uit: Broothaerts, Jean-Pierre (red.),Tack, Mark (red.) *Verslaving en motivationele gesprekstechnieken. Handboek: het motivationele gesprek*, Leuven, Garant, 2001.

van den Brink W., Geerlings P., *Farmaca in de behandeling van verslavingen, (deel 1)*, Psychopraxis, 1 (1) sept 1999 en *(deel 2)*, Psychopraxis, 1 (2) okt 1999.

van der Stel J., van der Keuken J., *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening*, Dekker & van de Vegt Assen, 1992.